

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Médico- Cirúrgica
vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

**“Enfermagem na Pessoa Idosa:
Prevenção de Úlceras de Pressão”**

Eunice da Conceição Gatinho Pires

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Médico-Cirúrgica
vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

**“Enfermagem na Pessoa Idosa:
Prevenção de Úlceras de Pressão”**

Eunice da Conceição Gatinho Pires


Orientador: Professora Doutora Maria da Graça Melo

Co-Orientador:

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Pensamento

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novo olhos”.

Marcel Proust

Dedicatória

À Professora Doutora Maria da Graça Melo que sem o seu suporte e orientação este trabalho não seria possível;

Às enfermeiras de referência: Enfermeira Marta e Enfermeira Susana e toda a equipa da ECCI e do SUC;

À Enfermeira Chefe pela sua disponibilidade e compreensão;

Aos meus pais, minha irmã, à Paula e Maria pela força e apoio;

Às colegas de curso Isabel, Dora e Filipa pela partilha e apoio;

Ao Rui pela sua paciência, compreensão e apoio incondicional;

À minha Inês que nasceu e cresceu durante este processo, pelo seu amor incondicional.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AGHO - Ácidos gordos hiperoxigenados

AO – Assistentes Operacionais

CCP – Cuidado Centrado na Pessoa

DGS – Direção- Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GAIF – Grupo Associativo de Investigação em Feridas

HDES- Hospital Divino Espírito Santo

HSM – Hospital Santa Maria

INE – Instituto Nacional de Estatística

NICE – Nacional Institute for Health and Care Excellence

NPUP- National Pressure Ulcer Advisory Panel

OE – Ordem dos Enfermeiros

SAPE – Sistema Aplicativo para a Prática de Enfermagem

SU – Serviço de Urgência

SUC – Serviço de Urgência Central

UN – United Nations

UP – Úlcera de Pressão

UPAH – Úlceras de Pressão Adquiridas no Hospital

RESUMO

O envelhecimento humano é um processo fisiológico e psicológico progressivo e tem sido possível o aumento da esperança média de vida com a ajuda do progresso das ciências da saúde. No entanto, este aumento pode ser acompanhado por problemas passíveis de serem prevenidos, como é o caso do desenvolvimento de úlceras de pressão que contribuem para hospitalizações prolongadas, sofrimento e mortalidade, para além de que são resultados negativos de cuidados de enfermagem. Assim, torna-se emergente a intervenção de enfermagem nesta problemática.

Neste sentido, implementou-se um projeto num serviço de urgência com o objetivo de desenvolver competências de enfermeira especialista e de mestre na prestação de cuidados à pessoa idosa e família para a prevenção de úlcera de pressão.

Usou-se uma metodologia de projeto tendo como quadro de referência o Cuidado Centrado na Pessoa.

Desta forma, através da observação participante procedeu-se à identificação das necessidades formativas; realização de formação; capacitação dos enfermeiros para a avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão e intervenção de enfermagem na prevenção de desenvolvimento de úlcera de pressão à pessoa idosa.

A execução deste projeto contribuiu para a sensibilização e reflexão sobre a problemática pela equipa de enfermagem; capacitação e implementação da avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão; uniformização de intervenções de enfermagem na prevenção de desenvolvimento de úlcera de pressão na pessoa idosa. Globalmente, este projeto contribuiu para a mudança de paradigma e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa nesta temática.

Palavras-chave: idoso, ulcera de pressão, prevenção, serviço de urgência, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Human ageing is a physiologic and a psychologic process that is progressive, however the evolution on medical sciences has helped human life average to expand. Nevertheless, this expansion has brought some problems that can be prevented such as pressure ulcers that contribute to extended hospitalizations, suffering and mortality, besides being a negative result of nursing care. Therefore it's imperative the intervention of the nursing staff on this issue.

As it is, a project has been implemented on a certain emergency departments aiming to develop the nurses skills, even those with a masters degree, in providing health care to the elder and it's family, preventing pressure ulcers.

It was used the project methodology which was support on person-centred care.

Using participant observation it was identified the formation needs; the formation itself; the nurses were alerted in order to evaluate the risks on the surge of pressure ulcers and the contribution of the nurses on preventing the development of these ulcers.

As a consequence, the application of this project made the nursing staff more conscient of this issue, as well as it increased the awareness of the nurses towards the surge of the pressure ulcers. Besides the nurses intervention on preventing the development of these ulcers with elders was standardised. Overall, this project contributed to a change on the concept in what concerns an actual improvement on the health care provided to the elder with this health condition.

Key words: elderly, pressure ulcer, prevention, emergency department, nursing care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
1.1 Envelhecimento	8
1.2 Boas Práticas na Prevenção de UP	12
1.2.1 Formação dos profissionais de saúde	21
1.2.2 Plano Individualizado de Alívio de Pressão	23
1.2.3 Cuidados com a pele envelhecida e vulnerável	25
1.2.4 Nutrição e hidratação	26
1.2.5 Informação ao doente e cuidador	26
1.2.6 Barreiras para a implementação das boas práticas	27
1.3 Cuidados na Pessoa Idosa e Família	27
2. QUADRO DE REFERÊNCIA	29
2.1 Cuidado Centrado na Pessoa	29
3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	32
4. FINALIDADE E OBJETIVOS	36
5. PLANEAMENTO DE ATIVIDADES	37
6. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE DOS RESULTADOS	39
7. O PERCURSO PROFISSIONAL APÓS O ESTÁGIO	58
8. CONCLUSÃO	61

ANEXOS

ANEXO I- PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

ANEXO II- Orientação da Direcção-Geral de Saúde (2011). Escala de Braden: versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)

ANEXO III- Autorização de realização do projeto no SUC

ANEXO IV- Certificado de Participação Simpósio APTFeridas 2014 “Infecção e Qualidade”

ANEXO V- Certificado de Participação Simpósio GAIF 2015 “Sabemos tratar feridas?”

ANEXO VI- Certificado de presença e programa:

Encontro de enfermagem: Dia Internacional do Enfermeiro.

Enfermeiros: uma força para a mudança! Eficazes em cuidados, Eficientes em custos!

Apresentação da sessão” Prevenção e monitorização de prevenção de UP, no SU

ANEXO VII – I Encontro de Benchmarking. Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da SRRAOE

Certificado de presença como preletora, programa e agradecimento

APÊNDICES

APÊNDICE I- Plano da Sessão de Formação: “Prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa: Importância da avaliação de risco.”

APÊNDICE II- Apresentação ECCI Domicílio “Prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa: Importância da avaliação do risco.”

APÊNDICE III- Pedido de autorização para realização do Projeto no SUC ao Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética

APÊNDICE IV- Pedido de autorização para realização do Projeto no SUC à Exma. Sr^a. Enfermeira Diretora

APÊNDICE V- Pedido de autorização para realização do Projeto no SUC à Exma. Sr^a. Diretora do SUC

APÊNDICE VI- Pedido de autorização para realização do Projeto no SUC ao Exmo. Sr. enfermeiro Chefe do SUC

APÊNDICE VII- Plano da Sessão de formação: “Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: Prevenção de Úlceras de Pressão”

APÊNDICE VIII- Divulgação de Sessão de formação no SUC

APÊNDICE IX- Escala de Braden (Mini Poster)

APÊNDICE X- Sessão de formação “Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: Prevenção de Úlceras de Pressão”

APÊNDICE XI- Projeto Serviço de Urgência: “Prevenção e Monitorização de Úlceras de Pressão no Serviço de Urgência”

APÊNDICE XII- Sessão de formação: Apresentação de do projeto á equipa de enfermagem

APÊNDICE XIII- Apresentação do Programa de Melhoria “Prevenção e Monitorização de Úlceras de Pressão no Serviço de Urgência”. Encontro de Enfermagem, maio 2015

APÊNDICE XIV- Programa de Melhoria Contínua da Qualidade: Ordem dos Enfermeiros. Sessão de apresentação do Programa e Resultados

APÊNDICE XV – “Material de penso com ação terapêutica, 2015” - Comissão de Feridas do HDES

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO nº 1 - Sistema Internacional de Classificação das Úlceras de Pressão

QUADRO nº 2 – Critérios de inclusão e exclusão da aplicação da Escala de *Braden*

INTRODUÇÃO

Em 2015, Portugal preconizou como programa prioritário o PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020 (anexo 1) salientando que a “melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear” (p.3882(2)), tendo como 7º Objetivo Estratégico prevenir a ocorrência de úlceras de pressão (UP). Este Plano refere que 95% das UP são evitáveis se for identificado precocemente o grau de risco, mas reconhece que a utilização dessas práticas não é sistemática nas unidades prestadoras de cuidados de saúde. As instituições de saúde devem implementar “procedimentos e protocolos baseados na melhor evidência e a avaliação do risco e sistemas de notificação para identificar, investigar e atuar (...) para reduzir a frequência e a severidade das úlceras de pressão” (p.3882(8)). Assim,

é necessário que as instituições realizem, de forma sistemática, a avaliação do risco, a prevenção e o tratamento das úlceras de pressão, de acordo com a realidade institucional, e que realizem auditorias internas para assegurar a melhoria contínua destas práticas. Os resultados destas auditorias devem ser reportados à Direção-Geral da Saúde, que deve proceder à revisão das orientações nacionais em vigor. (Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. p.3882(8))

Preconizou como metas para 2020: 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar UP e reduzir em 50% face a 2014 o número de UP adquiridas nas instituições de saúde, estabelecendo como ações publicar norma de prevenção e tratamento de UP, implementar práticas para avaliar, prevenir e tratar UP e auditar, semestralmente, as práticas para a avaliação, prevenção e tratamento de UP.

Em 2011, também a Direção-Geral da Saúde (DGS) elaborou uma orientação (anexo 2) a todos os médicos e enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde que obriga “à avaliação do risco de desenvolvimento de UP nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após admissão” (p.1), utilizando instrumentos validados para Portugal como é o caso da Escala de *Braden*. Recomendou períodos de reavaliação do risco de desenvolvimento

de UP para as várias tipologias de serviço, sendo a reavaliação do risco de desenvolvimento de UP para o Serviço de Urgência (SU) de 24/24h. Os resultados da avaliação de risco e das reavaliações devem ser registados no processo clínico e as intervenções devem ser iniciadas no mais curto espaço de tempo (GAIF, 2010; DGS, 2011; Gunningberg, Stotts & Idvall, 2011; Barker et al, 2013; Berlowitz et al, 2014).

Estudos americanos estimam que 60.000 doentes hospitalizados morrerão por ano devido a complicações por UP que foram adquiridas em meio hospitalar (Institute for Clinical Systems Improvement, 2012; Berlowitz et al, 2014). Na Holanda, as UP são a quarta doença mais dispendiosa em cuidados de saúde, porque consomem muitos recursos no que diz respeito a materiais descartáveis, equipamento e tempo de enfermagem (Defloor & Grypdonck, 2005). Não é possível prevenir todas as UP e apesar de existir formação, recursos consideráveis, tempo e esforço, o número de doentes com UP na realidade não reduziu tanto como se previa (GAIF, 2010; Dealey et al, 2013).

Em Portugal, os dados epidemiológicos mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UP é de cerca de 11,5% (DGS, 2011), com uma prevalência de UP de 54,3% nas especialidades médicas e 60,2% no SU (Ferreira, Minguéns, Gouveia & Furtado, 2007). No SU foram detetados valores de alto risco em doentes parcial ou completamente limitados na perceção sensorial (64.8%), como é o caso de doentes acamados; 37.3% devido à imobilização, 53,6% devido à fricção e forças de deslizamento, o que no total revelou 70.3% dos doentes com alto risco de desenvolver UP. Estes doentes são hospitalizados por curtos períodos de tempo, o que torna o risco mais difícil de avaliar, no entanto, a incidência de eritema não branqueável é significativamente superior que as restantes categorias, tornando-se ainda mais significativa se não for reposicionado (Defloor & Grypdonck, 2005).

O envelhecimento humano é um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que se inicia mesmo antes do nascimento e que se desenvolve ao longo da vida. O envelhecimento não deve ser considerado um problema, mas sim uma parte natural do ciclo de vida em que a pessoa deve ter a oportunidade para viver de forma saudável e

autónoma o máximo de tempo possível, de forma independente e no seu meio habitual (DGS, 2004). O progresso das ciências da saúde tem permitido o aumento da longevidade e os últimos anos de vida podem ser acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que frequentemente estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção (DGS, 2004). Uma pessoa é considerada “frágil” se reunir um conjunto de critérios pré-definidos e que

“são predictivos de hospitalização prolongada, de mortalidade, de institucionalização e de perda de função após uma hospitalização. Nesses critérios encontra-se a idade superior a 65 anos, AVC, doença crónica ou incapacitante, confusão, depressão, demência, perturbação da mobilidade, dependência para a realização das AVD, queda nos últimos 3 meses, acamamento prolongado, úlceras de pressão, desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, deficits sensoriais de visão e audição, problemas socio-económicos e familiares, utilização de contenções, incontinência e hospitalização não programada nos últimos 3 meses.” (DGS, 2004)

Inserido nos critérios de fragilidade encontra-se a presença de UP, que está associada a hospitalizações prolongadas, sépsis e mortalidade (DGS, 2004; Berlowitz et al, 2014; NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014).

As UP são um problema de saúde pública, tanto a nível nacional como internacional, com crescentes preocupações políticas e económicas devido aos custos financeiros e ao défice da qualidade de vida que impõe ao doente, família e à sociedade (Ferreira et al., 2007). São, ainda, resultados negativos de cuidados de enfermagem e são responsáveis por causar dor e sofrimento aos doentes (Gunningberg et al., 2011, Barker et al, 2013; Berlowitz et al, 2014).

Tendo em conta que em 2050 se prevê que em Portugal cerca de 32% da população terá mais de 65 anos e 10% terá 80 anos e que existe uma relação entre a idade avançada e o desenvolvimento de UP, este problema de saúde pública irá tornar-se devastador para os profissionais de saúde, devido aos recursos humanos e materiais envolvidos e ao encargo financeiro nas instituições (Ferreira et al, 2007).

Os idosos são grandes consumidores de cuidados hospitalares agudos e estes são conhecidos por colocar esta população vulnerável em risco

(Edvarsson & Nay, 2010; Robinson & Mercer, 2007). A mobilidade comprometida devido a quedas e fraturas, problemas neurológicos, gastrointestinais não infecciosos, cardiovasculares, respiratórios, infecções do trato urinário, hemorragia gastrointestinal, acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório ou sobrecarga do cuidador são responsáveis por 70% das visitas ao SU, o que origina desafios no cuidado destes doentes pelas Organizações (Edvarsson & Nay, 2010; Quach et al, 2012; Krall, 2012).

O tempo de permanência da pessoa idosa no SU é muitas vezes excessivo e os enfermeiros não estão focados para a prestação de cuidados diferenciados e específicos na pessoa idosa. Esta experiência no SU pode ser traumatizante para a população idosa, pois as mais fragilizadas, com problemas específicos/únicos, vivenciam esta situação de uma forma muito mais assustadora do que um adulto ou pessoa saudável. À medida que o tempo de permanência no SU aumenta, questões como cuidados básicos, conforto, higiene, nutrição, reposicionamentos e cuidados com a pele tornam-se um problema agravado juntamente com a situação clínica aguda ou lesão que o levou ao SU. Deste modo, assegurar os cuidados de necessidades básicas deverá ser uma prioridade assim como cuidados críticos de emergência (Robinson & Mercer, 2007).

O conhecimento dos fatores de risco e das medidas preventivas, por si só, podem não ser indicadores de que os enfermeiros na sua prática estão atentos à problemática ou prestam os cuidados que explicitam (Rodrigues & Soriano, 2011). Os enfermeiros tendem a desvalorizar os doentes em risco e a colocar pouco em prática as estratégias preventivas (Barker et al, 2013). Neste tipo de cuidados, os protocolos, guias ou orientações predefinidas demonstram melhoria nos cuidados prestados (Rodrigues & Soriano, 2011). Assim, o papel dos enfermeiros é crucial na prevenção de UP porque são os profissionais que recolhem os dados, estabelecem diagnósticos, prescrevem e realizam intervenções e avaliam os resultados (Lucena et al, 2011).

Para manter a excelência dos seus cuidados, o enfermeiro deve ter como principal preocupação a prevenção de complicações (Ordem dos Enfermeiros,

2001). A pessoa idosa está suscetível, devido ao processo de envelhecimento, a desenvolver complicações que poderão facilmente ser preveníveis, como é o caso das UP. Para isso, o enfermeiro deve proceder à rápida identificação de potenciais problemas, prescrever, implementar e avaliar intervenções com rigor técnico e científico que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis assim como referenciar para outros profissionais envolvidos no processo de cuidados (OE, 2001).

Numa fase inicial, foi imprescindível a identificação das competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente pessoa idosa e de grau de mestre. A OE (2010) considera o enfermeiro especialista como aquele que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Deverá demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e capacidade de tomada de decisão, que se traduzem num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Através do conhecimento profissional especializado e com o conhecimento da melhoria da qualidade, o enfermeiro especialista consegue promover a prevenção de UP de modo a estabelecer e manter baixas taxas de UP adquiridas em hospitais (UPAH) tornando-se, assim, motivo de orgulho. A avaliação do risco, assim como a iniciação e implementação de estratégias de prevenção, deve ser uma tarefa mandatória de enfermeiros especialistas. (Gunningberg et al., 2011). Nessa tomada de decisão (OE, 2001), o enfermeiro deve identificar as necessidades dos cuidados de enfermagem da pessoa idosa/família, prescrever as intervenções de forma a evitar riscos, detetar precocemente potenciais problemas e resolver ou minimizar os problemas identificados. Neste processo, o enfermeiro incorpora os resultados da sua investigação na sua prática.

A prevenção de desenvolvimento de UP apresenta-se como um foco importante para os cuidados de enfermagem. O planeamento, execução e avaliação de cuidados na prevenção de UP na pessoa idosa exigem competências específicas de enfermagem para o contexto da prevenção de UP, para além das competências gerais do cuidado ao idoso. Segundo Benner (2001,

p. 43), «(...) “Competência” e “práticas competentes” (...) englobam a noção de cuidados de enfermagem competentes e as capacidades de julgamento clínico”. A atuação do enfermeiro especialista demonstra a sua competência através de uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e de suporte na área da formação, investigação e assessoria (OE, 2010).

No âmbito do plano de estudos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surge a oportunidade de desenvolver esta problemática, a qual eu considero pertinente tanto pessoal como profissional para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem na pessoa idosa e família.

Assim, pretendi com a implementação deste projeto, o desenvolvimento de competências de mestre e de especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e família e, em específico, no desenvolvimento de intervenções de enfermagem sustentadas na melhor evidência científica para a prevenção de UP na pessoa idosa, com o intuito de melhoria da qualidade dos cuidados e a obtenção de ganhos em saúde para a pessoa idosa e família.

Com este relatório pretendo apresentar o percurso realizado durante a implementação do projeto de intervenção “Enfermagem na pessoa idosa: Prevenção de Úlceras de Pressão”, a qual foi realizada durante o estágio que decorreu de 29 de setembro de 2014 a 6 de março de 2015, em diferentes contextos. O primeiro estágio realizou-se em contexto de cuidados de saúde primários, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) domiciliários por um período de quatro semanas, de seguida, foi desenvolvido um estágio em contexto hospitalar, no Serviço de Urgência, onde foi justificada a problemática por um período de treze semanas.

Este relatório encontra-se estruturado nas seguintes partes: uma primeira parte constituída pelo enquadramento teórico abordando a temática do envelhecimento e da prevenção da UP na pessoa idosa internada no SU, evidenciando-se o papel e a intervenção do enfermeiro especialista neste âmbito. Posteriormente, numa segunda parte, descreve-se o quadro de referência que assenta no Cuidado Centrado na Pessoa e, mais tarde, aborda-

se o diagnóstico de situação, seguindo-se da descrição da finalidade, objetivos e planeamento de atividades do projeto. E, por último, a execução das atividades e análise dos resultados, algumas considerações finais, assim como, reflexão sobre os contributos para a prática clínica e aspetos facilitadores e constrangedores encontrados no decorrer deste percurso.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Envelhecimento

De acordo com o Relatório “*World Population Ageing 2013*”, divulgado pela Divisão da População das Nações Unidas, o envelhecimento da população está a aumentar consideravelmente, colocando Portugal no quinto valor mais elevado do índice de envelhecimento da União Europeia dos vinte e oito Estados Membros. A diminuição da mortalidade e principalmente o declínio da fertilidade está a provocar o envelhecimento da população em praticamente todos os países do mundo. Globalmente, o número de pessoas com sessenta e cinco anos ou mais irá duplicar de oitocentos e quarenta e um milhões de pessoas em 2013 para duas mil milhões em 2050. A própria população idosa está a envelhecer. Em 2013, a população com 80 anos ou mais era de 14% prevendo-se um aumento para 19% em 2050, em todo o mundo. Se isso acontecer, irão existir trezentas e noventa e dois milhões de pessoas com oitenta ou mais anos em 2050 (*United Nations*, 2013).

O envelhecimento demográfico trouxe consequências a nível económico, político e social, tornando-se um assunto preocupante na segunda Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, que decorreu em Madrid em 2002, em que a prioridade assentou na promoção do bem-estar destes idosos. Existe a necessidade de promover uma abordagem positiva do envelhecimento e de superar os estereótipos que lhe estão associados (UN, 2013).

Em Portugal, a população idosa aumentou de 9.7% em 1970 para 20.3% em 2014. Paralelamente, o índice de dependência da população com sessenta e cinco anos ou mais acompanhou este crescimento, uma vez que em 2003 existia vinte e cinco pessoas idosas por cada cem pessoas em idade ativa e em 2014 esse número aumentou para trinta e uma pessoas idosas pelo mesmo número de pessoas ativas (INE, 2015).

O envelhecimento pode ser definido como um processo de maturação que cria a necessidade de adaptação individual devido ao declínio físico e psicológico que ocorre durante o percurso de vida, tornando-o numa experiência única de

cada indivíduo (Pietraniec-Shannon, 2010), em que um envelhecimento biológico e psicológico bem-sucedido irá refletir-se na capacidade de se adaptar às perdas físicas, sociais e emocionais e assim atingir a serenidade e as satisfações na vida (Brunner & Suddarth, 2000).

A estrutura física e fisiológica do ser humano degrada-se ao longo do tempo devido a morte celular e à incapacidade de regeneração. Estas alterações tornam-se cada vez mais graves e extensas à medida que vamos envelhecendo (Pietraniec-Shannon, 2010). A senescência celular, também considerado envelhecimento de células e tecidos traduz-se por “anomalias estruturais e funcionais *in vivo* entendidas como consequência do envelhecimento” (Almeida, 2012, p.25). Alterações orgânicas, celulares e teciduais ocorrem com a deterioração do aspeto físico e da função (Brunner & Suddarth, 2000; Pietraniec-Shannon, 2010; Sequeira, 2010), a pessoa idosa fica mais baixa, com menor envergadura do ombro e aumento da circunferência do tórax, abdómen e pélvis, a pele fica mais fina e enrugada, diminui a massa muscular, do tônus e da elasticidade dos tendões e ligamentos, contribuindo para a restrição de movimentos, a capacidade do corpo de manter a homeostasia torna-se progressivamente diminuída com o envelhecimento tecidual. As células ficam menos capazes de se substituírem e dentro do tecido conjuntivo existe uma degradação da elastina e do colagénio que faz com que os tecidos fiquem mais rígidos e menos elásticos (Brunner & Suddarth, 2000).

A alteração cardiovascular caracteriza-se pelo espessamento e rigidez das válvulas cardíacas e o coração e as artérias perdem a sua elasticidade. A hipertensão arterial constitui um problema comum na população idosa e deve-se incentivar na promoção da saúde cardiovascular. Também é importante estar alerta para as respostas adversas à medicação como a hipotensão ortostática, o desequilíbrio eletrolítico, a confusão e a depressão o que contribui para os desmaios, tonturas e consecutivamente quedas (Brunner & Suddarth, 2000).

As alterações respiratórias são uma das causas mais frequentes que conduzem o idoso ao SU (Quach et al, 2012), devido ao aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax, diminuição da eficiência dos músculos respiratórios, aumento da rigidez pulmonar e diminuição da área alveolar que, associado à

diminuição da eficiência da tosse, a menor atividade ciliar e o aumento do espaço morto pulmonar tornam a pessoa idosa mais vulnerável a infecções pulmonares. Existe uma menor capacidade ventilatória que as torna menos tolerantes à atividade física contínua e uma necessidade de períodos curtos de repouso durante uma atividade prolongada. Daí a importância das imunizações anuais contra a gripe, evitar o tabagismo e as infecções respiratórias para a promoção da saúde na pessoa idosa (Brunner & Suddarth, 2000).

Nas alterações tegumentares, a epiderme e a derme tornam-se mais finas, as fibras elásticas ficam reduzidas em número e o colagénio torna-se mais rígido. A perda dos capilares na pele resulta de uma diminuição do suprimento sanguíneo, provocando enrugamento e flacidez da pele, esta torna-se mais seca e suscetível a irritações devido a redução da atividade das glândulas sebáceas e sudoríparas (Brunner & Suddarth, 2000; Pietraniec-Shannon, 2010).

As mudanças da função renal incluem a diminuição do ritmo de filtração, a diminuição da função tubular, com menor eficiência na reabsorção e na concentração da urina e uma restauração mais lenta do equilíbrio ácido base em resposta a um *stress*. Os ureteres, a bexiga e a uretra perdem o tônus muscular, a capacidade vesical diminui e a pessoa idosa pode ser incapaz de esvaziar a bexiga por completo provocando a retenção urinária, o que aumenta o risco de infecções. A frequência, a urgência e a incontinência também constituem problemas comuns nestas idades (Brunner & Suddarth, 2000).

Nas alterações gastrointestinais, a obstipação é uma das principais queixas da pessoa idosa, envolvendo desconforto abdominal e flatulência e essa obstipação pode ser causada por uso prolongado de laxantes, ignorar a vontade de dejetar, efeitos colaterais de medicamentos, problemas emocionais, inatividade, ingestão hídrica insuficiente e pelo excesso de gordura na alimentação (Brunner & Suddarth, 2000).

A diminuição gradual e progressiva da massa óssea começa antes dos quarenta anos. Nas mulheres, após a menopausa há uma perda excessiva da densidade óssea, provocando a osteoporose, o que contribui para fraturas nas vertebrae dorsais, úmero, fêmur e tíbia, sendo causa frequente de recorrência ao SU. Os músculos diminuem de tamanho e perdem o seu comprimento, a sua

flexibilidade e resistência devido a menor atividade. Há uma exagerada proeminência óssea e é comum a dor nas costas nas pessoas idosas (Brunner & Suddarth, 2000; Pietraniec-Shannon, 2010).

Nas alterações do sistema nervoso há progressiva perda da massa cerebral que é atribuída a uma perda das células nervosas que não são substituídas. Existe uma redução da síntese e no metabolismo dos principais neurotransmissores, os impulsos nervosos são conduzidos com maior lentidão e as pessoas idosas levam mais tempo a responder e a reagir. Esta desaceleração coloca a pessoa idosa em risco de acidentes e lesões. Também os órgãos sensoriais da visão, audição, paladar, tato e olfato diminuem a sua função com o envelhecimento. Estas perdas podem ser devastadoras, porque diminui a interação com o exterior, deixando de ler ou ver televisão ou de ter prazer nos alimentos (Brunner & Suddarth, 2000).

A depressão afetiva é comum na pessoa idosa e na maioria das vezes responde ao tratamento, no entanto a depressão dilacera a qualidade de vida e aumenta o risco de suicídio. A depressão geriátrica é difícil de diagnosticar, os sintomas de demência e depressão muitas vezes confundem-se. A perda relacionada com a idade ocorre mais frequentemente com as memórias de curto prazo e a recente, o designado esquecimento senescente benigno (Brunner & Suddarth, 2000).

Este envelhecimento traduz-se pelo aparecimento de cabelos brancos, lentificação progressiva dos movimentos, alterações do equilíbrio, diminuição da força muscular, diminuição da velocidade de reação, alterações emocionais e alterações cognitivas que interferem na manutenção das suas atividades básicas de vida diárias, atividades estas que são definidas como um conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade sem necessitar de ajuda, como subir escadas ou ir à casa de banho (Sequeira, 2010).

Continua a existir um preconceito com os idosos, que se baseia em estereótipos que reforçam uma imagem negativa que a sociedade tem dos mesmos, como é o caso da reforma e uma perceção de improdutividade, alguém que não está contribuindo para a sociedade, mas sim consumir os seus recursos

económicos. Somente através de uma compreensão do processo de envelhecimento e do respeito da pessoa como indivíduo é que os mitos acerca do envelhecimento poderão ser eliminados. Se as pessoas idosas forem tratadas com dignidade e encorajadas a tomar decisões e a manter a autonomia, a qualidade das suas vidas melhorará (Brunner & Suddarth, 2000).

1.2 Boas Práticas na Prevenção de UP

“A Boa Prática advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos” (OE, 2007). Mudar rotinas de trabalho e procedimentos que as pessoas utilizam no seu trabalho diário é o maior desafio. É importante mostrar que as novas práticas para a prevenção de UP são melhores que as práticas existentes (Berlowitz et al, 2014) e o processo do cuidar torna-se consistente quando apresenta melhoria dos cuidados prestados ao doente (Berlowitz & Frantz, 2007).

São muitas as organizações que desenvolveram guias orientadoras para a prevenção de UP através da implementação de boas práticas de forma a obter melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, reduzir custos para as organizações, doente/família e diminuir o sofrimento que as UP acarretam. São exemplo organizações como a *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) e *Wounds-UK*, *European Pressure Ulcer Advisory Panel/ National Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP/NPUAP) *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) , *National Best Practice and Evidence Based Guidelines for Wound Management*, *Germain Network for Quality Development* , *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APT Feridas) e muitas mais.

O aparecimento de uma UP deve-se ao incumprimento de boas práticas nos cuidados prestados a doentes sujeitos a longos períodos de imobilidade (DGS, 2007), é considerado um evento adverso (incidente com dano) que

compromete a segurança do doente, sendo que “o conhecimento mais importante para a segurança é aquele que permite prevenir a ocorrência de incidentes durante a prestação de cuidados de saúde.” (DGS, 2011)

Uma UP pode ser definida como uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão, forças de torção e consequente diminuição do aporte sanguíneo a estas áreas, comprometendo a sua oxigenação e consequente isquemia (Frantz, 2004; NICE, 2014; EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014). A pressão capilar saudável é de 10-30 mmHg, mas pode ser menor nos casos de doença, ou seja, a resposta dos tecidos varia conforme a duração e a quantidade de pressão necessária para reduzir ou parar, o aporte sanguíneo nos tecidos. Um longo período de baixa pressão sobre a pele pode causar o desenvolvimento de uma UP tão facilmente como um curto período de alta pressão. Uma pressão de 70 mmHg sobre a pele durante 2 horas numa proeminência óssea pode causar destruição dos tecidos e a cicatrização só ocorrerá se houver alívio de pressão e melhoria da circulação na zona lesada (Schub & Avital, 2015).

A EPUAP/NPUAP (2014) classificaram as UP de acordo com o seu estágio de evolução (Quadro.1)

Quadro nº 1 - Sistema Internacional de Classificação das Úlceras de Pressão

<p>Categoria I</p> <p>Eritema não branqueável em pele intacta</p>	<p>Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento, pode ser indicativo de pessoas “em risco”.</p> <p>NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014)</p>
<p>Categoria II</p> <p>Perda parcial da espessura da pele ou flitena</p>	<p>Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flitena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático.</p> <p>NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014)</p>
<p>Categoria III</p> <p>Perda total da espessura da pele (Tecido subcutâneo Visível)</p>	<p>Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (Fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.</p> <p>NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014)</p>
<p>Categoria IV</p> <p>Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)</p>	<p>Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos.</p> <p>Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou necrótico.</p> <p>Frequentemente são cavitários e fistuladas.</p> <p>NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014)</p>
<p>Categoria não graduável/inclassificável</p> <p>Perda total da pele ou tecidos, profundidade indeterminada</p>	<p>Perda total da espessura dos tecidos na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença do tecido necrótico.</p> <p>NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014)</p>
<p>Suspeita de lesão profunda dos tecidos</p>	<p>Área vermelho escuro ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flitena preenchida com sangue, provocada com danos no tecido mole subjacente pela pressão e ou forças de torção.</p> <p>NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014)</p>

Fonte: <http://www.epuap.org/Guidelines>

Todos os doentes estão em risco potencial de adquirir uma UP, no entanto, é mais provável acontecer a quem está gravemente doente, com alteração neurológica, compromisso da mobilidade, da nutrição ou alteração postural (NICE, 2014; NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014; Schub & Avital, 2015).

São considerados fatores de risco para o desenvolvimento de UP a mobilidade limitada, perda de sensibilidade, história de UP prévia ou presente, défice nutricional, défice cognitivo (Doença de Alzheimer e Parkinson), impossibilidade de se reposicionar sem ajuda (NICE, 2014; NPUAP/PPUAP/PPPIA, 2014; Schub & Avital, 2015), compromisso da perfusão e oxigenação, aumento da humidade da pele ou pele seca, aumento da temperatura corporal, idade avançada devido às alterações inerentes ao envelhecimento como a redução da elasticidade e do colagénio da pele, diminuição da resposta inflamatória, resultando numa cicatrização mais lenta; alteração hematológica (anemia-reduz a oxigenação dos tecidos), tabagismo associado ao compromisso circulatório e estado geral de saúde (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014; Schub & Avital, 2015).

Para além da identificação dos fatores de risco deve-se considerar o uso de uma escala validada para apoiar o julgamento clínico do enfermeiro (ex. Escala de avaliação de risco de Braden, Waterlow ou Norton) aquando da avaliação do risco e reavaliar o risco de UP, sempre que existir uma alteração no estado clínico do doente (NICE, 2014; Berlowitz et al, 2014; DGS, 2011). Essa avaliação também envolve rever os antecedentes médicos, avaliar o estado de saúde atual, incluindo as co- morbilidades que pode agravar o risco e avaliação física (Schub & Avital, 2015).

As escalas de avaliação de risco foram desenvolvidas como ferramentas práticas, fáceis de utilizar e precisas para uma atuação precoce por parte dos enfermeiros, permitindo assim a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Ferreira et al, 2007). São uma pequena peça do processo de avaliação de risco e utiliza-se em conjunto com o juízo clínico e não para sua substituição (DGS, 2011; Berlowitz et al, 2014). A sua utilização permite selecionar o alvo das nossas intervenções e facilita o plano de cuidados, focando-se numa dimensão

específica que coloca o doente em alto risco, assim como facilita a comunicação entre pares através de uma linguagem comum (Berlowitz et al, 2014).

Existem várias escalas de avaliação do risco, no entanto, neste relatório só irei abordar as utilizadas em Portugal como é o caso da Escala de *Norton* desenvolvida por Doreen Norton em 1962 e aperfeiçoada em 1975. Esta escala foi principalmente desenhada para doentes idosos internados em hospitais, avalia cinco dimensões: condição física, condição mental, atividade, mobilidade e incontinência com um ponto de corte de catorze, em que igual ou abaixo deste o doente encontra-se em risco. Foi utilizada até 2008, porque não abrangia grupos de indivíduos jovens e não era 100% fiável (Ferreira et al, 2007).

Por esta razão, foi substituída pela Escala de *Braden*, cuja aplicação em Portugal foi recomendada desde 2008, tendo sido testada e validada para a população portuguesa (DGS, 2008). Esta escala foi desenvolvida por Barbara Braden e Nancy Bergstrom e aplicada em 1987 com o intuito de responder a algumas limitações da Escala de *Norton*. Encontra-se em uso em vários países do mundo como é o caso dos Estados Unidos da América, Brasil, Coreia, França, entre outros. Esta escala avalia seis dimensões: perceção sensorial que avalia a capacidade de reação do indivíduo ao desconforto e pode subdividir-se em completamente limitada, muito limitada, ligeiramente limitada e nenhuma limitação; dimensão humidade, vai avaliar o nível de exposição da pele à humidade e divide-se em quatro níveis: pele constantemente húmida, pele muito húmida, pele ocasionalmente húmida e pele raramente húmida; dimensão atividade, pretende avaliar o nível de atividade física do indivíduo e subdivide-se em acamado, sentado, anda ocasionalmente e anda frequentemente; dimensão mobilidade avalia a capacidade do indivíduo em alterar e controlar a posição do corpo e os níveis traduzem-se em completamente imobilizado, muito limitada, ligeiramente limitado e nenhuma limitação; dimensão nutrição que se subdivide em muito pobre, provavelmente inadequada, adequada e excelente e por último a dimensão fricção e forças de deslizamento que se subdivide em problema, problema potencial e nenhum problema (Ferreira et al, 2007). O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de UP), (DGS, 2011). A pontuação final pode variar de 6 (valor de mais alto risco) até 23 (valor de mais baixo risco), (Ferreira et al, 2007).

O ponto de corte será de 16 pontos (DGS, 2011). No entanto, existem autores que defendem que no caso dos idosos, o ponto de corte deveria de ser de 18 pontos de forma a abranger um número maior de doentes, tendo em conta os fatores de risco associados à idade avançada (Frantz, 2004). O resultado desejado dessa avaliação é quantificar o risco de desenvolver UP e examinar fatores específicos que contribuem para o risco de forma a iniciar estratégias individualizadas de prevenção e reduzir a oportunidade de desenvolver uma UP (Schub & Avital, 2015).

A DGS estabeleceu critérios de inclusão e exclusão na aplicação da Escala de *Braden*, explicados no Quadro 3, no entanto, outros autores defendem que a avaliação do risco deve ser efetuada em todos os indivíduos admitidos numa unidade de saúde (GAIF, 2010; NICE, 2014; EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014).

Critérios de Inclusão da aplicação da Escala de <i>Braden</i>	Critérios de Exclusão da aplicação da Escala de <i>Braden</i>
<p>Doentes com idade superior a 18 anos</p> <p>(DGS, 2011)</p>	<p>Doentes em assistência ambulatoria ou em qualquer situação em que não está previsto tempo de internamento superior ou igual a 24 horas, a menos que exista alteração no estado clínico</p> <p>Portadores de doença mental</p> <p>Portadores de patologia em que esteja implícito o risco de automutilação.</p> <p>(DGS, 2011)</p>

Deve ser documentado o risco de UP no processo clínico do doente para assegurar que toda a equipa tem conhecimento do risco de desenvolvimento de UP de cada doente, assim como comunicar esse risco durante a passagem de turno dos enfermeiros (DGS, 2011; Berlowitz et al, 2014).

Para além da utilização do instrumento da avaliação do risco de desenvolvimento de UP, é recomendada uma avaliação compreensiva da pele (Frantz, 2004; DGS, 2011, NICE, 2014, EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014, Berlowitz et al, 2014, Schub & Avital, 2015).

A pele é o maior órgão do corpo humano responsável por 15% do peso corporal e reflete o bem-estar físico e emocional da pessoa. Tem funções como proteção, barreira para as infeções, recetor da dor, manutenção da temperatura corporal, produção de vitamina D, produção de melanina, comunicação através do toque e da aparência. O envelhecimento afeta a integridade da pele tornando-a vulnerável a lesões. Existe um achatamento entre as camadas epiderme e derme tornando a pele mais suscetível a forças de fricção, a pele torna-se tipo folha de papel devido a redução de 20% da derme e assim mais suscetível de ferir. A incontinência pode ser um problema associado ao envelhecimento, não só porque a urina e as fezes alteram o Ph da pele de ácida para alcalina como também aumenta a necessidade de limpar a pele com mais frequência, provocando lesão através do uso de sabão tradicional, desidratação e altera a flora bacteriana permitindo a colonização de outras espécies patogénicas (Wounds UK, 2012).

A avaliação da pele deve ser realizada no momento da admissão, nas primeiras 6 horas e após 24h no serviço de urgência ou sempre que exista instabilidade hemodinâmica. Estas avaliações devem ser registadas, mesmo que não se verifique alteração da pele (Frantz, 2004; DGS, 2011; NICE, 2014; EPUAP/ NPUAP/PPPIA, 2014), deve ter em consideração qualquer dor ou desconforto descrito pelo doente e deve ser inspecionada da cabeça aos pés (Berlowitz et al, 2014) de forma a avaliar a integridade da mesma em áreas de pressão; alteração da cor ou descoloração; variações no calor, firmeza e humidade (NICE, 2014; EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014; Schub & Avital, 2015), usando a técnica da palpação através do dedo ou o uso de um diascópio para determinar se o eritema ou descoloração são branqueáveis (NICE, 2014).

Avaliar a pele à procura de lesões e a sua condição no geral (envelhecimento da pele, seca, constantemente húmida, fria ou muito quente) em especial atenção nas proeminências ósseas, testar áreas de vermelhidão/descoloração branqueável (para realização deste teste, pressionar um dedo com luva numa área de vermelhidão/descoloração durante 10 segundos (Wounds UK, 2012), o que normalmente põe a pele branca, remover o dedo e avaliar se a parte branqueável retorna a sua cor em poucos segundos. Se manter-se não branqueável indica diminuição da circulação e possível lesão dos tecidos (Schub & Avital, 2015)). De preferência, a avaliação da pele deve ser realizada por um profissional de saúde com experiência (NICE, 2014) porque se não for realizado um diagnóstico adequado dos problemas na pele, pode conduzir a uma seleção não adequada do tratamento levando a tratamentos desnecessários e até atrasos na cicatrização (GAIF, 2010),

Examinar locais de anteriores UP, porque estas áreas são mais suscetíveis de desenvolver UP (Berlowitz et al, 2014; Schub & Avital, 2015) assim como inspecionar o colchão onde o doente se encontra e identificar outros fatores ambientais (soroterapia, cateteres, cânula nasal, tubo endotraqueal, que podem estar a provocar pressão ou alterar a pele. Estes dispositivos devem ser reposicionados para aliviar a pressão ao mesmo tempo que se evita o deslocamento e evitar a pressão entre as proeminências ósseas (Schub & Avital, 2015).

Uma avaliação compreensiva da pele não é um evento único limitado à admissão, é necessário repetir regularmente para determinar se ocorreram alterações da condição da mesma. Essa avaliação é importante na chegada ao SU e a equipa de enfermagem deve ter conhecimento de quando a avaliação compreensiva da pele deve ser realizada (Berlowitz et al, 2014). Muitas vezes na admissão do doente, o enfermeiro tem a colaboração dos AO para retirar a roupa do doente e vestir com a bata do hospital. Estes podem reportar áreas suspeitas na pele (Berlowitz et al, 2014), no entanto, essa avaliação dever ser validada pelo enfermeiro. A inspeção da pele ao corpo inteiro não significa visualizar todos os aspetos da pele do doente no mesmo período de tempo. A pele pode ser observada de forma faseada, como, por exemplo: quando aplicar oxigénio, observar as orelhas para possíveis zonas de pressão pelo tubo,

observar a região posterior da cabeça quando reposicionar, aquando do teste da permeabilidade do soro, observar os braços e cotovelos e cada vez que levantar o doente ou prestar cuidados observar a área da pele exposta, especialmente nas proeminências ósseas (Berlowitz et al, 2014).

Encontrar o tempo para uma avaliação da pele adequada, determinar a correta etiologia da ferida, uso de documentos que não são consistentes com os componentes da avaliação da pele e existência de enfermeiros que não se sentem motivados para reportar alterações anormais da pele são algumas das barreiras descritas por Berlowitz et al, (2014).

Intervenções recomendadas na prevenção de UP

São muitas as orientações para a prevenção de UP baseadas na evidência disponível, no entanto os doentes continuam a sofrer devido às UP e os custos nos seus tratamentos são elevados. Apesar de existirem orientações de boas praticas disponíveis, dispositivos de alívio de pressão e formação nas equipas, as UP continuam a ser um problema (Barker et al, 2013).

Após a avaliação de alto risco de desenvolver UP, deve ser desenvolvido um plano de cuidados individualizado em parceria com o doente/família, que contenha o resultado da avaliação do risco e da avaliação compreensiva da pele; a necessidade de alívio de pressão em determinadas zonas; a capacidade e mobilidade de se reposicionar sem ajuda; outras comorbilidades e a preferência do doente (NICE, 2014). É importante envolver a pessoa idosa e as pessoas significativas no plano de cuidados, respeitando os valores e os objetivos da mesma (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014). A identificação do alto risco nos doentes é crucial para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Demarré et al, 2014), no entanto, Berlowitz et al, (2014) defendem que uma pontuação que indica que um doente não está em risco não é garantia que esse mesmo doente não desenvolva uma UP, ou seja, a pontuação total poderá ajudar a priorizar o uso de recursos, como por exemplo, para quem vai o único colchão existente no serviço ou a quem é colocado protetores de calcâneos. Porém, deve-se pensar para além da pontuação total da avaliação de risco e dirigir as

intervenções a todas as áreas de risco potenciais de todos os doentes (DGS, 2011; Berlowitz et al, 2014). Isto significa, dirigir a intervenção a cada pontuação da subescala, como também a outros fatores de risco não identificados na subescala. Para clarificar, temos o exemplo de uma pessoa idosa com uma avaliação de risco com pontuação final de dezassete, colocando a mesma em baixo risco de desenvolver UP, no entanto as subescalas, como a mobilidade ou atividade, apresentam baixa pontuação, logo, nestas áreas de risco também devem ser dirigidas intervenções de enfermagem. Um plano de cuidados para a prevenção de UP é um processo em que a informação da avaliação do risco do doente é transportado para um plano de ação, dirigido às necessidades identificadas e implementadas boas práticas de cuidados com o objetivo de não desenvolver UP durante a hospitalização (Berlowitz et al, 2014).

No entanto, cada pessoa tem um perfil de risco único, o plano de cuidados deve ser individualizado, deve ser um documento escrito que assegure a continuidade de cuidados por toda a equipa de enfermagem, seja orientador de um plano de tratamento e mantenha o doente seguro e confortável, assim como educar/preparar o doente e família antes da alta. Deve ser ativo em que é incorporada a resposta do doente às intervenções, assim como as alterações da condição do doente (Berlowitz et al, 2014).

1.2.1 Formação dos profissionais de saúde

É possível que a equipa de enfermagem varie nos seus conhecimentos sobre a temática prevenção de UP, pois na maioria das vezes, são os próprios enfermeiros que investem na sua formação e especialização de algumas temáticas abdicando para isso do seu tempo livre e dos seus recursos financeiros, e está descrito que após a formação, a incidência de UP diminui significativamente (Berlowitz et al, 2014).

Barker et al, (2013) implementaram um programa de melhoria contínua da qualidade em que teve como objetivos a criação de um grupo de prevenção de UP em cuidados críticos através da realização de um exercício de benchmarking para definir a base da prática dos cuidados na prevenção das UP, avaliar,

comparar e monitorizar a prevalência das UP e desenvolver um programa standardizado para a prevenção de UP em doentes críticos (Barker et al, 2013). A primeira intervenção incidiu na formação dos enfermeiros sobre as UP e as intervenções adequadas para a prevenção das mesmas. A formação incluiu teoria e prática direccionada para a uma equipa específica e foi reforçada e complementada após a auditoria, mensalmente. Após a formação, houve um aumento de 57% para 63% de conhecimento sobre a prevenção de UP (Barker et al, 2013).

De acordo com NICE (2014), o treino dos enfermeiros deve incluir: quem é mais suscetível de estar em risco de desenvolver UP, como identificar lesão por pressão, que intervenções a ter para prevenir novas ou futuras lesões de pressão, quem contactar para obter novas informações ou futuras ações. A enfermeiros que já tenham tido contato com um doente a quem tenha sido avaliado em alto risco de desenvolver UP, o treino deve incluir: como proceder à avaliação do risco e avaliação da pele, como reposicionar, informação sobre dispositivos de alívio de pressão e discussão sobre prevenção de UP com o doente e o seu cuidador, assim como fornecer detalhes sobre recursos e apoio disponíveis.

A implementação de novas orientações para a prática baseada na evidência para a prevenção de UP envolve todos os níveis da organização, cuidados de enfermagem e liderança. Novas rotinas necessitam de se tornar uma forma normal de trabalhar e para isso é necessário tempo. Barker et al, (2013), criaram um *“Bundle”* **SKIN** com as seguintes orientações: **Surface**-avaliação do risco na admissão e a cada doze horas, garantir o uso de um dispositivo de alívio de pressão e evitar linhas e rugas nos lençóis; **Keep moving**-horário de reposicionamento específico para o doente, quando e qual a posição; **Incontinence**-para a incontinência urinária considerar a algaliação e uso de cremes barreira e **Nutrition**-avaliação do estado nutricional, assegurar correta hidratação e iniciar nutrição de acordo com as orientações da instituição. O papel do enfermeiro chefe foi liderar a implementação baseada nos resultados da auditoria (Barker et al, 2013).

1.2.2 Plano Individualizado de Alívio de Pressão

A intervenção para prevenir o desenvolvimento da UP incide diretamente na redução dos efeitos da pressão no corpo e aumentar a tolerância dos tecidos (Frantz, 2004), no entanto, é impossível remover pressão de todas as proeminências ósseas ao mesmo tempo. O desafio é assegurar que a pressão é mantida dentro de níveis seguros ou por um período de tempo seguro. Isto geralmente é conseguido através da redistribuição da pressão tanto manualmente ou “espalhando a pressão” de forma a limitar o tempo que a zona óssea permanece em contacto com a superfície de apoio (Caple & Schub, 2015).

A redistribuição de pressão deve ser efetuada através do uso de colchões ou almofadas adequadas a cada situação, não esquecendo os doentes que permanecem em cadeiras durante longos períodos de tempo (Frantz, 2004; NICE, 2014). Deve-se encorajar o doente que se encontre em risco para se reposicionar, ou seja, alterar a posição de forma a aliviar a distribuição da pressão (Gillespie et al, 2014) frequentemente, no mínimo de seis em seis horas e, se em alto risco de quatro em quatro horas (NICE, 2014) ou de uma a duas horas, de acordo com o grau de risco e fatores de risco associados (Berlowitz et al, 2014; Caple & Schub, 2015).

Utilizar instrumentos de redistribuição de pressão como almofadas, cunhas para reduzir a pressão nas proeminências ósseas, protetores de calcâneos, superfícies de alívio de pressão e avaliar a eficácia frequentemente (Dealey et al, 2013; Berlowitz, 2014; NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014; Caple & Schub, 2015).

Documentar a frequência dos reposicionamentos e criar um plano de reposicionamentos adequado ao doente idoso (Moore & Cowman, 2011; NICE, 2014; NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014; Schub & Avital, 2015). O reposicionamento também é importante para a prevenção de complicações associadas a imobilizações prolongadas como a pneumonia, contraturas articulares e infeções do trato urinário (Gillespie et al, 2014).

Estudos recentes referem que o posicionamento a 90° diminui o fluxo sanguíneo e o oxigénio transcutâneo chega a atingir níveis perto de anóxia e

aumenta a pressão da interface, o que não acontece quando o doente é colocado numa posição lateral inclinada a 30° (Gillespie et al, 2014) sendo mais benéfico o posicionamento em semi lateral. Para doentes que não conseguem tolerar mudanças de posição significativas ao nível da posição corporal devem realizar-se mudanças de posição pequenas, mas frequentes para permitir a reperfusão. Reposicionar frequentemente a cabeça dos idosos que estejam sedados, sob ventilação invasiva ou imobilizados (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014)

Existem vários tipos de superfícies de alívio de pressão, camas especializadas, colchões que funcionam como imersão e/ou envolvimento que muitas vezes são referidos como superfícies de apoio reativos (Dealey et al, 2013). A imersão ocorre numa superfície de apoio, quando o corpo se afunda no colchão, permitindo uma maior parte do corpo em contacto com a superfície, redistribuindo assim a pressão sobre uma área maior e reduzindo a pressão nas proeminências ósseas. “*Envelopment*” é o termo utilizado para descrever como a superfície de apoio consegue envolver os contornos do corpo. Exemplos: colchões de espuma, sistema de ar ou gel e sistema de ar “*fluidised*”. Colchões de pressão alternam permitem um alívio de pressão ativo devido ao seu modo de ação, as células insuflam e desinsuflam de forma cíclica permitindo o alívio de pressão de uma determinada área quando as células desinsuflam (Dealey et al, 2013).

Nem todos os doentes toleram esta frequência de posicionamentos, como é o caso de doentes com doenças respiratórias crónicas que necessitam de permanecer na posição vertical. Doentes críticos também podem não tolerar reposicionamentos ou estão tão mal perfundidos que até baixas pressões por curtos períodos de tempo podem causar UP. Nestas circunstâncias, é difícil para os enfermeiros avaliar a pele de forma adequada e ter a certeza que está a ser providenciado o alívio de pressão adequado (Dealey et al, 2013).

Aspetos negativos do reposicionamento no doente estão descritos na literatura e são identificados como: distúrbios no sono ao reposicionar de duas em duas horas ou de três em três horas e o aumento da dor no doente se este tiver feridas, doenças osteoarticulares ou contraturas. No enfermeiro também provoca lesões músculo-esqueléticas associadas a manipulações repetidas dos

doentes e muitas vezes a trabalhar em condições extremas inadequadas (Gillespie et al, 2014).

1.2.3 Cuidados com a pele envelhecida e vulnerável

Manter a integridade da pele do doente é vital em qualquer protocolo de prevenção (Cubit et al., 2012) e é um desafio para qualquer profissional de saúde (Campbell, Coyer & Osborne, 2016). A integridade da pele na pessoa idosa fica em risco quando ocorre interação entre o envelhecimento natural da pele, a presença de múltiplas comorbilidades, polimedicação, alterações na mobilidade, continência e alteração cognitiva assim como o risco de doença aguda e consequente hospitalização (Campbell et al., 2016).

O principal cuidado é proteger a pele envelhecida de lesões cutâneas associadas à pressão e fricção, utilizando um produto de proteção contra a exposição à humidade excessiva (NICE, 2014; NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014). Para doentes incontinentes, usar cremes barreira, sistema de drenagem como a algaliação ou dispositivo urinário externo e inspeção da pele frequente. Deve-se minimizar a pressão, fricção e deslizamento, evitar arrastar ou puxar o doente, de preferência utilizar elevadores ou lençóis para levantar (Caple & Schub, 2015).

Escolher pensos não traumáticos para prevenir lesões, porque quando a fixação adesiva de um penso na pele for mais forte do que a fixação celular da própria pele, existe sempre o risco de a tentativa de remoção do penso separar as camadas da epiderme ou separar a epiderme da derme (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014). A aplicação de penso protetor e almofadado diminui a fricção na região sacrococcígea e trocânteres pode ser efetivo quando aplicado a doentes idosos de alto risco na admissão e quando combinado com orientações e procedimentos de boas práticas na prevenção de UP (Cubit et al., 2012).

1.2.4 Nutrição e hidratação

Uma boa nutrição é fundamental para manter a integridade da pele, o doente com compromisso da nutrição deve ter um plano nutricional e suplementos alimentares implementados (Frantz, 2004). A colaboração de uma dietista para avaliação do doente e recomendação específica da quantidade de proteínas, calorias, fluidos, eletrólitos e micronutrientes, é fundamental na prevenção de UP, assim como providenciar suplementos líquidos nutritivos, nutrição entérica, ou nutrição parentérica total de acordo com a prescrição médica (Caple & Schub, 2015), no entanto, não é recomendado oferecer suplementos nutricionais especificamente para prevenir UP em que o índice nutricional é adequado ou fornecer fluidos subcutâneos ou endovenosos especificamente para prevenir UP em doentes em que o estado de hidratação é adequado (NICE, 2014).

Deve-se proceder a avaliação nutricional, utilizando uma escala validada para Portugal, para determinar a extensão da desnutrição, avaliar a composição corporal (peso e altura) e pesquisa de valores laboratoriais alterados como a albumina sérica, pré albumina e hemoglobina e que pode indicar má nutrição (Caple & Schub, 2015).

1.2.5 Informação ao doente e cuidador

Deve ser fornecida informação adaptada por um profissional de saúde experiente ao doente que foi considerado como possuir alto risco de desenvolver UP, família ou cuidador. Essa informação deve incluir as causas da UP, os sinais precoces da UP, formas de prevenção e as implicações de adquirir uma UP. Devem ser demonstradas técnicas e equipamento utilizado para prevenir UP (NICE, 2014). Educar sobre os fatores de risco para desenvolver UP e explicar que devido à complexa cicatrização de UP é mais fácil prevenir o seu desenvolvimento do que tratar. Reforçar a importância de evitar o desenvolvimento de novas UP em zonas cicatrizadas porque pode levar até um ano a que os tecidos retornem ao seu nível de integridade e força que tinham antes de UP (Schub & Avital, 2015). Providenciar informação escrita, se

disponível, para reforçar a educação verbal acerca das causas e prevenção de UP e fornecer informação sobre websites de confiança e recursos da comunidade (Schub & Avital, 2015).

1.2.6 Barreiras para a implementação das boas práticas

O deficiente conhecimento e consciência das UP, a falta de tempo para a melhoria da qualidade de cuidados, a falta de equipamento de alívio de pressão, treino inadequado e sustentado, atitudes negativas à prática baseada na evidência, conhecimentos tradicionais/práticas ritualistas são algumas das barreiras descritas para a implementação de boas práticas (Sving, Högman, Mamhidir & Gunningberg, 2014; Barker et al, 2012)

1.3 Cuidados na Pessoa Idosa e Família

A família continua a desempenhar uma função importante no restabelecimento e manutenção da saúde e na prevenção de complicações e problemas dos que apresentam alguma dependência (Andrade, 2009). É um interveniente necessário e o enfermeiro deverá estabelecer com ele uma parceria de proximidade (Rodrigues & Soriano, 2011). O cuidador principal pode ser definido como aquela pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida da pessoa idosa dependente, mas que não é remunerada pelo que faz, nem possui formação específica (Andrade, 2009).

O cuidado individualizado à pessoa idosa e família, durante o internamento no SU e a orientação na alta, contribuem para a redução da readmissão no mesmo, estando associado à melhor qualidade do cuidado (Lopes et al, 2015).

É importante que o enfermeiro durante a permanência do doente no SU, consiga partilhar conhecimentos e estratégias com o cuidador sobre a prevenção de UP na pessoa idosa, uma vez que os cuidados físicos e protetores são os

cuidados prestados mais referenciados pelos cuidadores no sentido de evitar as complicações da doença, a deterioração física e mental da pessoa idosa e promover a sua segurança (Andrade, 2009).

O próximo capítulo será referente à apresentação do quadro de referência que suporta o projeto, compreendendo os cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa em risco de desenvolver UP internado no SU.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA

2.1 Cuidado Centrado na Pessoa

O aumento do envelhecimento nos últimos anos conduziu à evolução da especificidade dos cuidados de enfermagem que dedica ao adulto na vivência da sua velhice. Para cuidar de um idoso, o enfermeiro necessita ter um conhecimento profundo de si mesmo, das suas expectativas em relação ao seu eu e face aos outros, assim como de possuir conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais que estão inerentes ao processo de envelhecimento e do estágio da velhice (Fernandes, 2013).

“Desde que surge a vida, os cuidados existem, já que é necessário “cuidar da” vida para que esta permaneça,” assim refere Collière (2001, p.102). A enfermagem surgiu da necessidade de cuidar do outro, com Florence Nightingale durante a guerra da Crimeia, em que o “outro” eram os feridos aos quais adequou a sua prática de cuidados que acreditava ser o melhor cuidado a prestar. O idoso deve ser observado como uma pessoa com saberes, crenças e valores que foi adquirindo ao longo da sua experiência de vida, que o torna um ser humano heterogêneo com necessidades específicas. “Quanto mais as pessoas avançam na idade mais heterogêneas se tornam, fruto da complexa interação, entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, ocorridos ao longo do percurso vital” (Bicudo, 2013, p.49).

Logo, Pessoa é considerado como um ser biológico, singular, com atributos que o definem, num processo de personalização, que evolui e tende a crescer ao longo do tempo. Pessoa e Personalização tornam-se associados à mente, ao espírito e ao subjetivo, e o corpo é apenas uma forma de transporte (Dewing, 2008). As práticas de enfermagem devem ter estes pressupostos em consideração, de forma a centrar o seu cuidado na pessoa que vai ser objeto dos seus cuidados.

O Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) foi inicialmente criado para pessoas com demência por Kitwood em 1997, mas é apropriado para todas as pessoas que recebem cuidados, tendo demência ou não. Esta abordagem

centra-se na pessoa de forma holística e não no problema ou nas necessidades do sistema e rotinas (Butterworth, 2012). No entanto, o CCP requer a formação terapêutica dos profissionais de saúde, dos doentes e de outros intervenientes significativos de forma a promover uma perspetiva única para a enfermagem que conceptualiza a ligação do cuidar e centrado na pessoa (Mc Cormack & Mc Cance, 2006). De acordo com os mesmos autores, a enfermagem centrada na pessoa envolve quatro construções:

- **Pré requisitos-** foca-se nos atributos do enfermeiro e inclui competências profissionais, habilidades interpessoais desenvolvidas, compromisso com a profissão, demonstra clareza nas crenças e valores e possui autoconhecimento;
- **Ambiente de cuidados-** foca-se em construções de onde a prática de cuidados é desenvolvida e inclui uma variedade de habilidades, em que o sistema de saúde facilita a partilha de tomada de decisão, os relacionamentos eficazes dentro da equipa, existe um suporte organizacional, partilha de poder e um potencial para a inovação e não ter medo de arriscar;
- **Processo centrado na pessoa-** foca-se na prestação de cuidados através de atividades que operacionalizam a enfermagem centrada na pessoa e inclui trabalhar com as crenças e valores dos pacientes, compromisso, presença simpática, partilha na tomada de decisão e colmatar as necessidades físicas;
- **Resultados-** é o que é esperado através da eficácia da enfermagem centrada na pessoa e inclui satisfação com os cuidados, envolvimento nos cuidados, sensação de bem-estar e a criação de um ambiente terapêutico onde a tomada de decisão partilhada é realizada, existe colaboração entre a equipa, a liderança é transformacional e as práticas inovadoras são apoiadas.

Este quadro explicita a necessidade de os enfermeiros saírem detrás de uma competência técnica e comprometerem-se na prática humanística de cuidados que envolve todas as formas de conhecimento e age na promoção da escolha e parceria na tomada de decisão (Mc Cormack & Mc Cance, 2006). Todas as pessoas têm escolhas e são capazes de tomar decisões acerca do seu

cuidado e auxílio, no entanto a tendência é tratar as mesmas como passivas e sem poder de escolha (Butterworth, 2012). Os enfermeiros devem promover cuidados que coloquem a pessoa no centro, envolvam doentes, usem serviços, famílias e cuidadores nas decisões e ajude-os a tomar escolhas informadas acerca do seu tratamento e cuidado (Manley, Hills & Marriot, 2011).

A enfermagem deve facilitar a participação do doente através do fornecimento da informação e integrar novas perspectivas formadas nas práticas estabelecidas. Isto, envolve um processo de negociação que tem em conta os valores individuais para formar uma base legítima na tomada de decisão (Mc Cormack & Mc Cance, 2006). Atingir o CCP é muitas vezes desafiador e difícil de sustentar. Requer conhecimentos específicos, aptidões e formas de trabalhar, uma filosofia partilhada que é praticada pela equipa de enfermagem, uma cultura de trabalho eficaz e um suporte organizacional (Manley et al., 2011).

De acordo com o Royal College of Nursing, O 4º Princípio da Prática de Enfermagem: Princípio D, o CCP está preocupado em conhecer o doente como pessoa com os seus valores, crenças, aspirações, necessidades e preferências na saúde e socialmente; capacita o doente para tomar decisões baseado em escolhas informadas acerca das opções e assistência disponível, promovendo a independência e autonomia; decisões partilhadas entre o doente e a equipa de enfermagem; providencia informação baseada na melhor evidência disponível, assim como assiste a interpretar informação técnica, desmitifica conceitos complexos e ajuda a compreender as suas opções e as consequências das mesmas; apoia a pessoa a “afirmar” as suas escolhas, se a pessoa não consegue fazer por ela própria então a equipa de enfermagem deverá estar presente e levar a cabo os desejos do doente; deverá existir uma avaliação contínua para confirmar que cada cuidado e serviço prestado continua a ser apropriado para cada pessoa (Manley et al., 2011).

3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Tendo em conta a revisão da literatura, pretendeu-se conhecer a realidade existente no Serviço de Urgência Central (SUC), procedendo-se à concretização da primeira etapa da metodologia de projeto através do diagnóstico de situação.

O trabalho a delinear/planear depende da avaliação do atual estado da prática e dos conhecimentos da equipa de enfermagem sobre a temática e assenta nas necessidades identificadas no serviço (Berlowitz et al, 2014).

Deste modo, passo a descrever o diagnóstico de situação realizado no SUC num estabelecimento público, geral, central e diferenciado que presta cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e privilegia a qualidade e segurança dos atos clínicos que pratica.

Considerando que na última década aumentou a importância da população idosa na região de Lisboa, representando em 2011, 18,2% da população residente na região e sendo Lisboa o município com maior percentagem de pessoas idosas (23,9%) (INE, 2011), existe um aumento substancial de pessoas idosas que recorrem ao SUC. No entanto, os enfermeiros do SUC que foram educados/treinados para prestar cuidados críticos em ritmo acelerado em situações de vida ou morte, não estão preparados para focar os cuidados nas necessidades básicas da pessoa idosa e isto pode ser desafiador (Robinson & Mercer, 2007).

O SUC é composto por várias áreas de atendimento. A minha área de prática clínica foi essencialmente na Sala de Observações (SO), que é destinado preferencialmente à observação prolongada e pormenorizada de doentes do foro médico-cirúrgico e ortopédico através da monitorização não invasiva, ventilação não invasiva, oxigenioterapia e aspiração por vácuo com capacidade para 16 camas, no entanto, muitas macas permaneciam em corredor quando o SO se encontrava superlotado. É no SO que os doentes com maior instabilidade hemodinâmica e que necessitam de uma vigilância mais pormenorizada e uma intervenção mais eficaz são colocados, contudo também podem permanecer durante horas ou dias a aguardar reavaliação por especialidades.

A equipa de enfermagem é composta por noventa e cinco enfermeiros, existem quatro escalas formadas por vinte e dois enfermeiros cada e, fora da escala o enfermeiro chefe e a enfermeira que o substitui, mais cinco enfermeiros e setenta e quatro assistentes operacionais (AO). Dos noventa e cinco enfermeiros do SUC, vinte e oito possuem pós-licenciatura em enfermagem ou Mestrados, o que corresponde a 29.5 % de profissionais de enfermagem com formação especializada.

O meu estágio teve início no dia 23 de novembro de 2014, no entanto o meu projeto de estágio só foi autorizado pela Direção de Enfermagem no dia 17 de dezembro de 2014 (anexo III), período que coincidiu com as férias escolares, tendo efetivamente iniciado em 3 de janeiro de 2015. Durante o período que aguardei a autorização, fui-me integrando no seio da equipa de enfermagem, na prestação de cuidados de enfermagem com os enfermeiros, contando, muitas vezes, como um elemento a mais, sobretudo em situações de grande afluência de doentes graves ou em instabilidade hemodinâmica, adquirindo assim, a confiança da equipa de enfermagem.

De forma a quantificar esta problemática, solicitei ao Enfermeiro Chefe do SUC dados estatísticos referentes ao tempo médio de permanência dos doentes e a idade média dos mesmos no SO. O mesmo respondeu não ter consigo esses dados, nem ser possível esse levantamento, o que dificultou a justificação da problemática neste contexto.

Na ausência de dados reais no SUC, foi necessário recorrer ao descrito na literatura que evidenciou que o tempo médio de permanência descrito num estudo realizado por Robinson & Mercer (2007), foi de cinco horas e nove minutos, variando entre vinte minutos e vinte e cinco horas e vinte e nove minutos, em que cinco idosos tiveram um tempo excessivo de permanência durante a noite devido à falta de transporte de retorno. Na triagem, apesar de 95.2% dos idosos serem triados com necessidade de cuidados urgentes ou emergentes, permanecem no SU em macas e cadeiras de rodas por longos períodos de tempo até serem transferidos para as enfermarias (Robinson & Mercer, 2007) podendo desenvolver UP se o período de permanência no SU, em maca com um colchão normal, for superior a duas horas (Cubit, Mc Nally &

Lopez, 2012). Esse risco é consideravelmente aumentado com a restrição da mobilidade e as comorbidades pré-existentes que os predispõe para a diminuição da integridade dos tecidos e o aumento do risco de desenvolvimento de UP (Cubit et al., 2012).

Durante as três semanas que estive em observação no SO do SUC verifiquei, durante as discussões na passagem de turno, não existir evidência de avaliação do risco de desenvolvimento de UP aquando da admissão. O alívio de pressão não era proporcionado à pessoa idosa de forma sistematizada, uniformizada e individualizada pelo enfermeiro de referência e parecia haver pouco conhecimento da avaliação do risco e na prevenção de UP. A ausência de almofadas no serviço era frequente e em sua substituição eram utilizadas colchas, cobertores ou lençóis dobrados e foram visíveis as zonas de pressão provocadas pelos vincos. Era frequente o uso de anéis tipo “donuts” nos calcâneos e na base da cabeça, no entanto, deve-se evitar usar este tipo de anéis como dispositivo de suporte, uma vez que pode contribuir para o desenvolvimento da UP, causando isquemia em vez de prevenir (Caple & Schub, 2015). A existência de apenas um colchão de alívio de pressão era utilizado com base no juízo clínico do enfermeiro, porém, não era avaliado o risco através de um instrumento de avaliação e não existia nenhum procedimento ou guia de orientação.

Muitos doentes com idade superior a sessenta e cinco anos permaneceram em SO por um período superior a vinte e quatro horas, a aguardar observação pela especialidade, vaga para intervenção cirúrgica ou internamento, chegando a atingir três dias de permanência em SO, totalmente confinados ao leito. Os enfermeiros acreditavam que ao utilizarem colchas, lençóis ou cobertores e a realização de reposicionamentos a todos os doentes, no início e no final do turno, era suficiente para a prevenção de UP.

O exposto vai ao encontro de um estudo realizado por Hoviattalab et al, (2014) em dois hospitais na Alemanha, que demonstrou uma fraca adesão dos enfermeiros às orientações nacionais, assim como a não valorização da avaliação do risco de UP, avaliação nutricional, uso de superfícies de apoio e educação do doente. A avaliação do risco de desenvolvimento de UP na

admissão só ocorreu em 34.3% dos doentes, a avaliação da pele em 15.6% e 87.5% dos doentes não tinha qualquer registo da existência da avaliação da pele. No que se refere a intervenções preventivas de UP, os reposicionamentos foram observados em 40.6% dos doentes, menos de metade e um horário de reposicionamentos foi usado em 31.2%. 50% dos doentes não recebeu protetores de calcâneos e 71.9% permaneceu na posição de sentado enquanto permaneceram no leito. Não foi usado um colchão de redução de pressão em 56.2% dos doentes.

A metodologia de projeto acarreta um plano de trabalho de grupo que conduz à resolução de um problema que, por sua vez, deve ser alvo de preocupações para todos os membros que vão contribuir para o seu desenvolvimento (Ruivo et al., 2010). Discuti com o enfermeiro chefe e com os enfermeiros sobre esta preocupação e da necessidade emergente de intervenção de enfermagem após este diagnóstico de situação. O feedback foi positivo e consideraram importante a avaliação do risco de desenvolvimento de UP e a sua prevenção, mas identificaram fatores como o número reduzido de enfermeiros na prestação de cuidados, a exaustão física e psicológica da equipa devido ao número elevado de horas extras a que são obrigados para garantir a continuidade de cuidados, a grande afluência de doentes ao SUC, o grau de gravidade e a rotatividade de doentes no SO e a falta de tempo para frequência de formações, simpósios ou congressos, impeditivos para a avaliação de risco de desenvolvimento de UP e seu registo, não sendo esta considerada uma prioridade.

Berlowitz et al (2014), salientam que a falta de profissionais, o facto de não existir um enfermeiro responsável pela avaliação do risco durante a admissão ou de este não conhecer o instrumento de avaliação, poderão ser fatores condicionantes para as boas práticas na prevenção de UP.

4. FINALIDADE E OBJETIVOS

A Metodologia de Projeto, de acordo com Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), pressupõe um objetivo que dá sentido às várias atividades que resulta num produto final que procura responder ao objetivo inicial, para além de que reflete o trabalho realizado e assenta em 5 etapas: elaboração do diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento de atividades; execução e avaliação e divulgação de resultados (Relatório).

Posto isto, a finalidade do projeto assentou na promoção de boas práticas de enfermagem na prevenção de UP na Pessoa Idosa, internada no Serviço de Urgência.

Para a implementação deste projeto foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- ✓ Desenvolver competências como enfermeira especialista e de mestre na prestação de cuidados à pessoa idosa na prevenção de UP, no Serviço de Urgência

Objetivos específicos:

- ✓ Adquirir conhecimentos sobre a prevenção de UP na Pessoa Idosa e família, em contexto de cuidados de saúde primários;
- ✓ Identificar as intervenções adotadas pela equipa de enfermagem na prevenção das Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa, no serviço de urgência;
- ✓ Desenvolver intervenções de enfermagem, de acordo com a identificação do risco de desenvolvimento de úlceras de Pressão na pessoa idosa, no Serviço de Urgência.

5. PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Tendo em consideração os diferentes contextos dos locais de estágio, foram delineadas atividades e estratégias com o intuito de dar resposta aos objetivos propostos, no entanto, estas estratégias foram sendo reformuladas e adaptadas à realidade durante a implementação do projeto e às limitações que foram surgindo. Além disso, desenvolveu-se um cronograma do projeto com vista à sua calendarização;

Posto isto, para dar resposta ao objetivo geral, estava previsto como atividades:

- ✓ a revisão da literatura sobre a prevenção de UP na pessoa idosa em contexto de saúde primária e SU;
- ✓ realização de um estágio em Cuidados Continuados Integrados Domicilio de quatro semanas e a realização de um estágio num serviço de urgência durante 13 semanas;
- ✓ identificação das competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente pessoa idosa; reflexão sobre o desenvolvimento profissional e o nível de competências atualmente e as competências a desenvolver enquanto enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica;
- ✓ aprofundar conhecimentos na área da prevenção de UP, assistindo a congressos, simpósios e conferências relacionadas com a temática;
- ✓ desenvolver competências pessoais na área de intervenção da pessoa idosa, ao nível da gestão, investigação, formação e prática de cuidados;

tendo como resultados esperados, a aquisição e consolidação de conhecimentos teóricos e práticos adquiridos, que fundamentarão o projeto.

Para dar resposta aos objetivos específicos delineados, estava previsto como atividades:

- ✓ Conhecimento da dinâmica organizacional, funcional e estrutural do SU, tendo em conta os documentos normativos que sustentam a prática clínica multidisciplinar;
- ✓ Integração na equipa multidisciplinar, estabelecendo relações profissionais;
- ✓ Registo das intervenções observadas e transmitidas pela equipa sobre a prevenção de UP;
- ✓ Interpretação das intervenções implementadas baseado na evidência científica;
- ✓ Aplicação da escala de avaliação de risco de *Braden* e da escala de avaliação da pele, de acordo com a Circular Informativa N°:35/DSQC/DSC da DGS, nas primeiras seis horas após admissão;
- ✓ Colaboração na prestação de cuidados à pessoa idosa, na prevenção de UP com a equipa multidisciplinar, adotando as recomendações de boas práticas do NICE.

6. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A fase de implementação das atividades previstas, mediante realização de ensino clínico em contexto de cuidados de saúde primários e hospitalar teve início a 29 de setembro de 2014 e conclusão a 6 de março de 2015.

Os objetivos específicos definidos para esta fase pretenderam o desenvolvimento de competências a nível pessoal e na equipa de enfermagem.

Neste capítulo, pretende-se descrever e fundamentar o trabalho realizado em cada atividade e discutir os resultados alcançados, tendo em conta o seu desenvolvimento cronológico e a articulação entre as diferentes atividades.

Prestação de cuidados de enfermagem a pessoa idosa e família, na prevenção de úlceras de pressão, em contexto de cuidados de saúde primários e hospitalar

Sendo este objetivo geral transversal a todo o estágio e uma vez que se traduziu no desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família em diferentes contextos, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

1. Aquisição de conhecimentos sobre a prevenção de UP pessoa idosa e família, em contexto de cuidados de saúde primários

O estágio realizou-se de 29 de setembro a 5 de novembro de 2014 na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) Domicílios. Este polo situa-se num bairro considerado problemático porque se trata de uma população maioritariamente iletrada, com hábitos de higiene precária e com alta taxa de desemprego subsidiados pelo Rendimento de Inserção Social. É composto por uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, presta serviços domiciliários de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença cuja situação não requer internamento mas que não podem

deslocar-se do domicílio (DL nº 101/2006). É composta por quatro enfermeiras que abrangem a área de Benfica e Carnide, uma enfermeira com especialização em enfermagem de reabilitação. Existe um apoio médico através do médico de família e estes profissionais dão resposta ao Apoio Domiciliário Integrado, que engloba a REDE e a dependentes com a visita domiciliária, através de solicitação de familiares/cuidadores, hospital e médico assistente. O enfermeiro nesta realidade, deve assumir a responsabilidade de promover a saúde e prevenir a doença aos cinco níveis de prevenção, em parceria com o idoso/cuidador de forma a encontrar recursos e estratégias adequadas para a gestão do processo de saúde e/ou doença.

O enfermeiro que presta cuidados na comunidade deve ser flexível, adaptável e tolerante aos diferentes estilos de vida e condições de moradia. Estas visitas domiciliárias oferecem cuidados de enfermagem aos doentes que tiveram alta hospitalar evitando a hospitalização ou re-hospitalização. No entanto, estas enfermeiras são “hóspedes” do doente e necessitam de autorização para visitá-lo e assim prestar-lhe cuidados. Os idosos são os clientes que utilizam mais recursos do serviço de saúde domiciliar e necessitam da enfermagem para instruir o idoso e família nas práticas e estratégias do autocuidado, manutenção da saúde, promoção de atividades, aconselhamento nutricional e programas de exercício (Brunner e Suddarth, 2000).

Durante o estágio acompanhei as enfermeiras na visita domiciliária e pude constatar logo de início uma relação de proximidade e confiança entre o doente/enfermeiro/cuidador. Palavras de carinho como “querida enfermeira” ou “estava ansiosa que chegasse para lhe contar como foi a noite a cuidar do meu marido”, o Sr. M. de 82 anos, totalmente dependente para as suas atividades de vida diárias devido a um AVC isquémico ocorrido há 10 anos, sem filhos, em que a cuidadora é a sua esposa J. de 78 anos, e o único parente é um sobrinho que de vez em quando telefonava ou fazia uma visita para saber do casal. A visita diária era da sra. enfermeira que lhe proporcionava suporte emocional, esclarecimento de dúvidas e lhe transmitia as novidades do mundo exterior. A sra. J. não saía de casa, tinha apoio da Santa Casa da Misericórdia que lhes fornecia as refeições confeccionadas e prestava cuidados de higiene e conforto ao marido três vezes por dia e era apenas nessa altura que o sr. M. também era

reposicionado no leito, onde se mantinha vinte e quatro horas por dia. O sr. M. apresentava três UP de diferentes categorias (pavilhão auricular do seu lado preferencial para dormir e em ambos os trocânteres), que com certeza lhe provocava dor! A enfermeira orientava a sra. J para a administração de um analgésico antes da nossa chegada de forma a minimizar a dor provocada pelos tratamentos. O sr. M. possuía na sua cama um colchão de alívio de pressão, mas devido à frequência com que apresentava febre, permanecia com a pele húmida por longos períodos de tempo, assim como ser reposicionado apenas de seis em seis horas ou oito em oito horas não se conseguia evitar o desenvolvimento das UP.

É cada vez mais frequente encontrarmos idosos a cuidarem de idosos dependentes e a nossa sociedade não está preparada para fornecer suporte para estas situações. Será possível, com estas condições, evitar o desenvolvimento de UP no idoso? A nossa sociedade não está claramente preparada para dar resposta a este tipo de situações. A enfermeira referiu ter solicitado apoio de cuidador permanente a esta família por diversas vezes, mas a resposta foi sempre negativa com a justificação de falta de recursos pessoais e financeiros. Enquanto se viver num paradigma focado no tratamento de doença estandardizado e pouco individualizado, dificilmente se conseguirá mudar comportamentos dirigidos para a prevenção.

Após reunião com a enfermeira chefe no início do estágio, a mesma demonstrou preocupação com a população alvo de cuidados do centro de saúde. Foi realizada uma consulta no Sistema Aplicativo para a Prática de Enfermagem (SAPE), com a devida autorização pela enfermeira chefe, para caracterização da população de forma a fundamentar a pertinência da avaliação de risco. Essa população era constituída por cento e trinta e três doentes em que cento e vinte e quatro desses doentes tinham idade igual ou superior a sessenta e cinco anos. A prevalência de UP incidia em doentes com idades entre os oitenta e seis e noventa anos, no entanto não havia registo de onde tinha sido adquirida a UP, se no domicílio ou no hospital. As enfermeiras não efetuavam a avaliação do risco de desenvolvimento de UP ou a avaliação da pele como preconizado pela DGS, que nos casos de visita domiciliária seria uma vez por semana (DGS, 2011). No entanto, observei que a equipa de enfermagem reforçava aos

cuidadores a importância para o uso regular e moderado de creme na pele, uso de barreiras de proteção como películas hidrocolóides extrafinas sobre as proeminências ósseas, a estimulação da atividade nos doentes semidependentes assim como avaliavam a presença e o impacto da dor e o efeito dos analgésicos, sensibilização do familiar/cuidador para o uso de superfícies de apoio para redistribuir a pressão.

Posto isto, foi programada uma formação para todos os enfermeiros do Centro de Saúde como tema “Prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa: Importância da avaliação do risco”. Foi elaborado o plano de sessão para o dia 5 de Novembro de 2014 pelas 14h30 na sala de reuniões da sede da ECCL Domicílio (apêndice I) com o objetivo geral de capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção de Úlceras de Pressão na pessoa idosa através da avaliação de risco. Abordaram-se os principais conceitos, a escala de *Braden* e sua aplicação no SAPE e as boas práticas na prevenção de UP na pessoa idosa (apêndice II).

O *feed back* da equipa de enfermagem foi muito positivo e considerou pertinente a avaliação do risco de desenvolvimento de UP e da pele, tendo uma população maioritariamente idosa como alvo dos seus cuidados. Durante o estágio e mesmo na formação, foi realçada a importância para centrar o cuidado ao idoso na sua individualidade e especificidades inerentes ao envelhecimento.

2. Identificação das intervenções adotadas pela equipa de enfermagem na prevenção das Úlceras de Pressão, na pessoa idosa, no serviço de urgência

Foi pedido autorização para realização deste estágio ao Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética (apêndice III), à Exma. Sr^a Diretora de enfermagem (apêndice IV), à Exma. Sr^a Diretora do SUC (apêndice V) e ao Exmo. Sr. Enfermeiro Chefe do SUC (apêndice VI) tendo início no dia 23 de Novembro de 2014, no entanto durante 3 semanas estive em observação/integração no SUC, uma vez que só em 17 de Dezembro de 2014 tive autorização da Direção de Enfermagem (anexo I) para implementar o projeto

de estágio. Esta data coincidiu com as férias escolares tendo efetivamente iniciado a 5 de janeiro de 2015 a implementação do projeto, com a duração de treze semanas, tendo-se privilegiado os turnos de manhã e tarde.

As três semanas em que aguardei a autorização para a implementação do projeto no SU foram importantes para a integração no seio da equipa de enfermagem, uma vez que não estava a solicitar nada em relação ao projeto, mas sim a trabalhar lado a lado, na prestação direta de cuidados de enfermagem. Isto contribuiu para a aquisição de confiança por parte da equipa e foi facilitador e enriquecedor na partilha de experiências, tendo em conta os meus anos de experiência como enfermeira de SU como também no pré-hospitalar nos cuidados emergentes. O acompanhamento constante e disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro orientador também contribuíram para uma integração harmoniosa.

A minha observação foi participante e de acordo com Queiroz et al, (2007) foi realizada em 3 fases:

Fase 1- aproximação da equipa de enfermagem, trabalhar com as expectativas do grupo e destruir bloqueios como a desconfiança e a insegurança. Inicialmente, durante o estágio partilhei experiências adquiridas no meu local de trabalho salientando as diferenças e semelhanças entre hospitais, ambos fins de linha em regiões diferentes, em que a prática de enfermagem tem a preocupação de garantir cuidados de excelência com eficácia e eficiência em doentes que recorrem ao SU, partilhando as mesmas dificuldades ou sentimentos de um enfermeiro que trabalha no SU sente, o que contribuiu para a aceitação pelo grupo para o desenvolvimento do meu projeto, pois em Janeiro já me tratavam como elemento pertencente à equipa.

Fase 2- deverá existir um esforço do investigador em possuir uma visão do conjunto da comunidade do objeto de estudo, o que foi conseguido através de realização de entrevistas informais com o enfermeiro chefe, em que a primeira teve o objetivo de apresentação pessoal, do projeto de estágio e escutar sugestões para o projeto que iria ser desenvolvido e numa fase posterior do estágio, houve necessidade de novas reuniões com o enfermeiro chefe para discutir estratégias e validação das mesmas para o planeamento e avaliação da

implementação do projeto com sucesso no SUC. A observação das rotinas de enfermagem, registrar os dados no diário de campo através do uso de um caderno onde fazia o registo das notas de campo como complemento da minha memória;

Fase 3- Sistematizar e organizar os dados de forma a perceber a situação real do grupo. Neste tipo de observação não há limite temporal e espacial. Todos os intervenientes estão em constante e mútua transformação. A observação participante contribuiu com a investigação, proporcionando uma visão ampla e detalhada de uma realidade, que resulta da interação do investigador com o meio, que serviu de base para o planeamento de estratégias (Queiroz, Vall, Alves e Souza & Vieira, 2007). Assim, procurei através da observação participante da atividade do enfermeiro especialista, de forma não estruturada, efetuar anotações em campo, privilegiando a análise do seu papel e intervenção no cuidado à pessoa idosa e família assim como nas relações estabelecidas entre os seus pares e com a equipa multidisciplinar. Foram utilizadas várias estratégias: procurei integrar-me no SU, entender a dinâmica e relações existentes na equipa multidisciplinar, observar a organização e prestação de cuidados, participar na passagem de turno dos enfermeiros, analisar situações com o enfermeiro orientador.

A crescente longevidade faz-se acompanhada de doenças crónicas e incapacidades associadas aumentando assim o recurso aos serviços de urgência. No Hospital, direciona-se a atenção ao diagnóstico e tratamento de doença do corpo físico não se preocupando com as repercussões que este evento provoca na pessoa idosa.

O recurso ao serviço de urgência (SU) implica que houve instabilidade hemodinâmica que necessita ser corrigido o mais rapidamente possível, em que as urgências são definidas como todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até aos graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais (DGS, 2001). No SU é frequente existir doentes críticos com grande instabilidade hemodinâmica, com condições médicas severas, sedação, pobre perfusão periférica, o que tornam os doentes em alto risco de desenvolver UP (Berlowitz et al, 2014).

Como referi anteriormente, não foi possível quantificar o nº de idosos que recorrem ao SU ou o tempo de permanência dos mesmos em SO, mas durante o estágio pude observar o caso de uma sra. X de 72 anos de idade, totalmente independente até à data, que apresentou uma queda da própria altura no domicílio o que resultou numa fratura transtrocantérica à direita com uma tração percutânea de 3 kilos e ficou a aguardar vaga em SO durante 5 dias porque não havia vaga disponível no serviço de destino. A sra. X ficou com a mobilidade e atividade comprometida e não foi efetuada avaliação de risco como não foi criado um plano de cuidados individualizado de posicionamentos/reposicionamentos e provavelmente durante os cinco dias permaneceu em decúbito dorsal o que contribui para o desenvolvimento de UP. Daí surge a importância desta análise e da necessidade de mudar atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde nesta matéria. Pode-se e deve-se mudar esta tendência em que o enfermeiro especialista pode fazer a diferença na pessoa idosa.

As pessoas idosas são levadas ao SU pelos cuidadores e muitas vezes não se conseguem aperceber do que está a acontecer e são assolados pelo medo de serem esquecidos. Os idosos com défice cognitivo podem ter dificuldade em expressar as suas necessidades e à medida que o tempo avança começam a experienciar desconforto adicional e dor de costas devido as macas e cadeiras do SU. O enfermeiro especialista tem de ter a preocupação de proteger a pessoa idosa desse medo promovendo um ambiente mais acolhedor e facilitar a permanência de um familiar de referência junto dele, o que muitas vezes não acontece.

Após uma semana da visita, estes idosos desenvolvem uma nova infeção respiratória ou gastrointestinal, sendo a possível fonte de transmissão a sala de espera, casas de banho, salas de observação, corredor, profissionais de saúde ou outros doentes. O risco de infeção nos idosos aumenta 3 vezes mais após uma visita ao SU, apesar da exposição e duração de contacto com outros doentes ser curta, o número e densidade de doentes com doenças agudas que podem estar em contacto é elevado (Quach et al, 2012). As doenças infecciosas constituem uma ameaça significativa de morbilidade e mortalidade para as pessoas idosas, em que a perda de reserva fisiológica relacionada com a idade e as doenças crónicas contribuem para uma maior suscetibilidade (Brunner e

Suddarth, 2000). O enfermeiro especialista, detendo um conhecimento aprofundado acerca da pessoa idosa e família e tendo em conta as suas respostas aos processos fisiológicos, deveria promover um local distante de outras pessoas provavelmente infetadas o que pode ser difícil, tendo em consideração as estruturas dos SU. Idealmente, deveria ser criado uma zona de atendimento e tratamento para a pessoa idosa, à semelhança do que acontece com as crianças, evitando assim infeções cruzadas responsáveis por muitas complicações que poderão conduzir á morte, para além de que um enfermeiro especialista na pessoa idosa promove um cuidado de enfermagem que para além de deter um conhecimento aprofundado de todo o processo de envelhecimento está sensibilizado para o planeamento de um processo de cuidados individualizado, empenhando-se nas tomadas de decisão clinicas centradas na pessoa idosa e com a pessoa idosa. Para os enfermeiros do SU, cuidar de idosos requer conhecimentos específicos, habilidades comunicacionais e uma compreensão das alterações normais decorrentes do envelhecimento. A fragilidade aumenta a complexidade do problema agudo que o levou ao SU na medida em que cria uma elevada vulnerabilidade para os resultados adversos para a saúde, como é o caso de desenvolvimento de UP (Robinson & Mercer, 2007). Durante o internamento de um idoso no SU, a avaliação da sua capacidade funcional é necessária pois fornece dados importantes para os cuidados de enfermagem de modo a intervir para minimizar ou evitar a perda da capacidade funcional e prevenir complicações (Lopes et al, 2015).

A falta de almofadas para os doentes era uma realidade diária do SO do SUC. Os posicionamentos eram realizados com lençóis, colchas ou cobertores o que não favorecia a circulação não aliviando a pressão recomendada para a perfusão dos tecidos, mas sim provocava “rugas de pressão”. Os enfermeiros acreditavam que a utilização dos lençóis ou colchas era o suficiente para promover o alívio de pressão e que podiam substituir as almofadas. A inexistência de almofadas no SU era uma pratica comum e considerada normal.

Durante as primeiras 3 semanas em que estive a aguardar autorização, tentei perceber o porquê de não existir almofadas no SO e os doentes serem reposicionados com lençóis, cobertores e mantas dobradas que em nada

promovia o alívio de pressão. Por várias vezes, insisti com o Enfermeiro Chefe a necessidade emergente de aumentar e manter o stock de almofadas para o reposicionamento dos doentes. Segundo o mesmo, as almofadas acompanhavam o doente para os exames complementares de diagnóstico como tomografia axial computadorizada, ecografia, radiologia e internamentos e muitas vezes não regressavam ao SUC e era quase impossível controlar.

3. Intervenção como enfermeira especialista na prevenção de UP na pessoa idosa e família, de acordo com a identificação do risco, no Serviço de Urgência

O enfermeiro na prática clínica avançada promove uma avaliação compreensiva do estado de saúde da pessoa idosa e demonstra um elevado nível de autonomia de competências técnicas no diagnóstico e tratamento de múltiplos problemas complexos. De acordo com a Emergency Nurses Association, (2012), o enfermeiro especialista no SU está preparado para desenvolver e aplicar conhecimentos baseados na evidência, conduzir investigação, educar profissionais de saúde e clientes e desenvolver padrões de qualidade da prática de enfermagem que contribuem para a obtenção de resultados positivos em saúde. Assim, o enfermeiro especialista na prática avançada deve praticar eficazmente num ambiente de emergência e usar as suas habilidades, conhecimentos e competências especializadas para ir de encontro das necessidades do doente e suas famílias ou pessoas significativas no exato momento da crise ou necessidade (ENA, 2012). No entanto, o mesmo não se verifica na realidade do SU, o enfermeiro está mais preocupado em realizar técnicas de suporte invasivo ou não invasivo com vista ao tratamento da causa que conduziu o idoso ao SU e não na prevenção das complicações que muitas vezes ocorrem durante a permanência como é o caso do desenvolvimento de UP e que se traduz nas idas recorrentes ao SU.

Estava previsto como atividade a aplicação da Escala de Avaliação de Risco de Braden e da escala de avaliação da pele nas primeiras 6 horas após admissão no SO. Como referido anteriormente, nas passagens de turno e em conversa com a equipa de enfermagem evidenciou-se o desconhecimento

destas escalas e sua aplicabilidade no sistema aplicativo de registo de enfermagem Alert®, surgindo assim a necessidade de formação nesta temática.

Capacitação da equipa de enfermagem para a prevenção de úlceras de pressão na pessoa idosa através da avaliação do risco, disponível no sistema aplicativo de registo de enfermagem Alert®,

A formação em serviço é importante na medida em que mobiliza conhecimentos adquiridos e representa um meio de reflexão na ação, sendo facilitadora na estratégia de mudanças de comportamentos e atitudes (Tojal, 2011), contribui para a melhoria das práticas desenvolvendo a capacidade de reflexão crítica sobre os cuidados prestados, na resolução de problemas reais, nos próprios contextos de trabalho (Dias, 2004).

Assim, identificando-se a necessidade formativa na temática na equipa de enfermagem optou-se pela realização de uma sessão em serviço.

Foi elaborado plano da sessão (apêndice VII) com o título “Pessoa idosa no serviço de urgência: prevenção de úlceras de pressão”. Programou-se e divulgou-se a sua realização à equipa de enfermagem, colocando as divulgações em pontos estratégicos das salas de enfermagem (apêndice VIII). Foi reservada a sala de reuniões atempadamente. As 4 sessões de formação realizaram-se nos dias 3, 5, 7 e 9 de Janeiro de 2015 pelas 15 horas com o de forma a abranger toda a equipa de enfermagem, tendo como objetivo principal a capacitação da equipa de enfermagem para a prevenção de Úlceras de Pressão na pessoa idosa através da avaliação de risco. Abordou-se os principais conceitos, a consciencialização da problemática identificada no SO do SUC, escala de Braden e sua aplicação no sistema de aplicativo de registos de enfermagem Alert® e as boas práticas na prevenção de UP na pessoa idosa assim como as orientações da DGS (apêndice X). Utilizou-se uma metodologia expositiva e participativa de forma a promover a análise, reflexão e discussão da temática tendo em conta a realidade do serviço. Os enfermeiros partilharam algumas experiências da sua prática clínica e reafirmaram a pertinência da

implementação do projeto, tendo em conta as alterações recentes nas boas práticas de prevenção de UP.

No total assistiram 52 enfermeiros, o que corresponde a 54.7% da equipa de enfermagem e atendendo que uma formação foi num sábado e nos outros dias de formação coincidiu com elementos que estavam a cumprir 16 horas de trabalho posso considerar que houve uma adesão considerável por parte da equipa de enfermagem. Contudo, para reforçar e incentivar a equipa de enfermagem foram adotadas outras estratégias como a formação individual a título informal, durante a prestação de cuidados ou sempre que surgiam dúvidas. A formação permitiu a partilha de conhecimentos entre pares e a atualização e sensibilização da importância para a prevenção de UP nas pessoas idosas.

Desenvolvimento de intervenções de enfermagem de acordo com a identificação do risco de desenvolver UP na pessoa idosa, no SU

Após a formação foi necessário acompanhar e incentivar os enfermeiros para a avaliação de risco e da pele nas primeiras seis horas após a admissão, e apesar da adesão pelos enfermeiros ter sido muito conseguida, percebi renitência de alguns enfermeiros na realização da avaliação do risco e de acordo com Demarré et al (2014), a identificação do alto risco nos doentes é crucial para a melhoria da qualidade dos cuidados. Apesar de alertar os enfermeiros diretamente para a avaliação do risco através da escala de *Braden* no sistema aplicativo *Alert®*, este não era realizado.

Apesar do sistema aplicativo *Alert®* possuir um campo para registar a avaliação da pele, a equipa de enfermagem referiu não ser muito funcional o seu registo, preferindo manter a avaliação da pele descritos nos registos de enfermagem. Estas avaliações devem ser registadas, mesmo que não se verifique alteração da pele (DGS, 2011).

Após a avaliação de alto risco e da pele, foi delineado intervenções de enfermagem para contrariar esse risco e minimizar as suas consequências.

Foi necessário a elaboração de um plano de cuidados individualizado que de acordo com Berlowitz et al (2014). nos oriente efetivamente na prevenção de UP. Um plano de cuidados de UP é um processo em que a informação da avaliação de risco do doente é transposto para um plano de cuidados focado nas necessidades identificadas. O seu objetivo principal é implementar um plano de cuidados na prática de forma que o doente não desenvolva UP durante a hospitalização (Berlowitz et al, 2014). Na pessoa idosa, faz todo o sentido que o plano de cuidados assente numa avaliação multidimensional, tendo em consideração o risco avaliado, as comorbilidades existentes, o contexto em que se encontra, a preferência da pessoa e envolver a pessoa idosa/família no seu plano de cuidados. Os enfermeiros na sua prestação de cuidados à pessoa como um ser único, devem entendê-la como um ser em constante desenvolvimento e em constante interação com o seu contexto, de modo a adequar a intervenção de enfermagem às mudanças de mentalidades e atitudes (Gomes, 2013).

Após a avaliação de alto risco na pessoa idosa era colocado protetores de calcâneos e providenciada elevação dos mesmos. Na pessoa idosa, como foi já referido, a mobilidade e atividade é diminuída assim como a habilidade de se auto reposicionarem, assim, zonas consideradas de risco como é o caso dos calcâneos e das proeminências ósseas é necessário o alívio de pressão adicional (NICE, 2014).

O reposicionamento é considerado uma das, senão a mais importante intervenção, para o alívio de pressão, necessitando para isso de colchões específicos e almofadas. Não existe um horário específico de reposicionamentos, irá depender da tolerância dos tecidos, da pressão exercida, do tipo de colchão, das comorbilidades existentes, da tolerância da pele (pele envelhecida torna-se mais frágil), da preferência do doente (Dealey, 2013; Berlowitz, 2014; Wound uk, 2014; NICE, 2014; NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014; Caple & Schub, 2015).

A responsabilidade do enfermeiro especialista na vertente pessoa idosa é ter a preocupação de elaborar um plano de cuidados individualizado na prevenção de UP na pessoa idosa no SU e certificar-se de que esse plano de cuidados é efetivado pelos seus pares durante a continuidade da prestação de

cuidados. Assegurar o cumprimento do horário de reposicionamento dos doentes e a introdução das boas práticas como rotinas até ficar interiorizado pela equipa é fulcral para a prevenção de UPAH (Paul et al., 2014)

Um dos grandes desafios foi aumentar o *stock* de almofadas no SO. Foi sugerido ao Enfermeiro Chefe rotular as almofadas com a sigla SUC de forma permanente e a contabilização das mesmas todos os turnos pelos assistentes operacionais (AO) para evitar os extravios das mesmas. O *feed back* foi positivo apesar do Enfº Chefe referir ser complicado sensibilizar os AO para o seu cumprimento.

No dia da ultima formação tinham sido encontradas 42 almofadas que se encontravam espalhadas pelo hospital e colocadas no SO para melhor controle. Alertei os enfermeiros para a importância de supervisionar as almofadas durante os exames complementares de diagnóstico ou internamentos e validar com os AO o seu regresso.

Reforcei a importância do uso de almofadas nos reposicionamentos e demonstrei aos meus pares na prática clínica como adaptar os reposicionamentos em algumas situação de doença crítica e instável, como os doentes que tinham de permanecer muito tempo sentados para compensar a insuficiência respiratória ou alívio de pressão na região nasal ou facial com pensos hidrocoloides finos devido à ventilação não invasiva (VNI) que era muito frequente em SO, e que não toleravam os posicionamentos em decúbito dorsal abaixo de 30°. Berlowitz et al, 2014 sugerem neste tipo de doentes, a colocação de almofadas nos ombros e região dorsal de forma a manter o doente em posição de *fowler* mas aliviando a pressão da região sacrococcígea assim como fazer pequenas lateralizações de 30 minutos para alívio da pressão dos trocânteres e região sacrococcígea.

Os enfermeiros têm consciência que a prevenção de UP é pouco realizada pois nenhum adulto fica deitado numa cama durante 5 horas sem desenvolver pelo menos UP de categoria I (Robinson e Mercer, 2007), daí que se deve encorajar os profissionais de saúde a reavaliar continuamente a necessidades dos doentes e adaptar as medidas preventivas frequentemente (Demarré et al 2014).

O sistema aplicativo de registo em enfermagem Alert® permite a programação de um horário de reposicionamentos, com sinal luminoso, permitindo até programação dos decúbitos. Foi realizado um ensino sobre esta aplicação e alertada a equipa de enfermagem para proceder ao plano de horário de reposicionamento. As Úlceras de Pressão Adquiridas no Hospital (UPAH) ao serem documentadas, denunciadas e discutidas semanalmente conduz à transparência e responsabilidade individual, uma vez que fica assinado no horário dos reposicionamentos quem prestava os cuidados diretos ao doente (Paul et al, 2014).

Apesar de não estar previsto, foi sugerido acrescentar ácidos gordos hiperoxigenados (AGHO) ao stock de material de pensos existente no SUC, efetuado pedido para a farmácia do hospital, mas este produto não existia no stock da instituição e não estava previsto a sua aquisição. Os AGHO são produtos de uso tópico, compostos por ácidos gordos essenciais submetidos a um processo de hiperoxigenação, que se utilizam para a prevenção de úlceras de pressão e tratamento de úlceras de pressão de categoria I. Estes aumentam a microcirculação sanguínea, diminuindo o risco de isquemia por melhoria da condição da pele. Aumentam e melhoram a resistência da pele em pessoas de idade avançada perante os agentes causais das UP para além de que permitem reverter UP de categoria I (Collin et al, 1998). Tendo em consideração que as UP de categoria I são as mais frequentemente desenvolvidas em contexto de SU, faz todo o sentido acrescentar o AGHO ao stock de material de pensos.

Também apesar de não estar previsto inicialmente, foi sugerido ao Enfermeiro Chefe a criação de um grupo de trabalho para a continuidade do projeto e a criação de um elemento de ligação para a Comissão de Feridas existente na Instituição, uma vez que esta equipa assegura a continuidade dos esforços, mesmo que um ou mais membros sejam requisitados para outras responsabilidades (Berlowitz et al, 2014). Os mesmos autores fazem referencia à importância de um grupo de feridas da instituição, pois eles já terão procedimentos elaborados para a prevenção de UP que poderão ajudar na implementação de boas práticas.

O grupo de trabalho teve um feedback positivo ficando a liderar a uma

enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica vertente pessoa idosa, a minha orientadora de estágio porque tinha melhor conhecimento do projeto e uma enfermeira também especialista em enfermagem médico cirúrgica vertente pessoa idosa e mais uma pessoa a definir pelo com o enf. Chefe. Foi realizado duas reuniões informais com as enfermeiras para dar a conhecer a problemática identificada, os objetivos do projeto, as intervenções planeadas, a avaliação e auditoria do projeto. Foi entregue um dossier temático com as últimas orientações do NICE (2014) e NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014), Orientações da DGS e do meu projeto desenvolvido no SU. O serviço deverá ter, no mínimo, um enfermeiro sénior que compreenda a importância deste esforço e que esteja envolvido de forma a suportar o esforço no que diz respeito aos recursos como em mudanças durante o processo. É importante reuniões com o enfermeiro chefe para informar sobre a necessidade de mudança e persuadir que os esforços para a melhoria irão trazer benefícios nos doentes, família e equipa de enfermagem (Berlowitz et al, 2014).

De modo a promover a continuidade de cuidados e principalmente dar visibilidade ao cuidado de enfermagem, era registado no processo clínico do doente a avaliação do risco, a avaliação da pele e as intervenções dos cuidados enfermagem prestados assim como eram transmitidos oralmente durante a passagem de turno, como preconizado pela DGS.

Sensibilização e educação dos cuidadores identificados como principais

Essa sensibilização era realizada durante a hora da visita ao doente, que decorria entre as 11h e as 11h30 e as 18h e as 18h30, após me identificar como enfermeira de referência e auscultar e validar as preocupações do cuidador acerca do doente, salientava a necessidade de prevenir as UP ou não agravar as já existentes através do fornecimento de breves informações sobre como se desenvolve uma UP e as intervenções eficazes para minimizar as lesões por pressão. Foi necessário o encaminhamento do cuidador responsável pela pessoa idosa para a assistência social da área de residência para o pedido de

colchões de alívio de pressão no domicílio, principalmente em idosos que cuidam de idosos, reforçando que o colchão não substitui nunca o reposicionamento. O treino e apoio dos cuidadores é essencial para o sucesso de qualquer programa de prevenção de UP (Paul et al, 2014).

Idealmente, no futuro, a entrega e explicação de folhetos informativos sobre esta temática durante a hora da visita seria benéfica como auxiliar na comunicação verbal.

Avaliação do projeto

A avaliação do projeto foi o mais complicado de definir devido ao curto espaço de tempo que tinha para a implementação das intervenções na prevenção de UP e sua avaliação. A melhor forma que encontrei foi, após as formações alertar os enfermeiros para colocar em pasta própria, etiqueta identificativa dos doentes que tinham sido identificados como sendo de alto risco para no futuro através da consulta do processo clínico auditar a avaliação do risco, da pele e intervenções de prevenção pelos enfermeiros mas logo percebi que esta estratégia não foi a melhor opção pela não adesão dos colegas (só 5 doentes tinham sido identificados até à data do último dia de estágio) e porque induz em erro a avaliação, ou seja, só contabilizava quem fazia a avaliação e quem era identificado como alto risco quando o que era necessário, era perceber do nº total de doentes admitidos em SO e a quantos tinham sido avaliados o risco de desenvolver UP pela escala de *Braden*, a avaliação compreensiva da pele e as estratégias preventivas. Para uma correta avaliação, teria de proceder a uma auditoria dos processos clínicos dos doentes, efetuadas no mês seguinte e proporcionar o feedback dessa mesma auditoria à equipa de enfermagem, no entanto, necessitaria de autorização da Instituição e o estágio já estava no final.

A equipa de enfermagem do SUC refere ser importante a avaliação do risco de desenvolvimento de UP e a sua prevenção, mas identifica fatores como o número reduzido de enfermeiros na prestação de cuidados, a exaustão física e psicológica da equipa devido ao número elevado de horas extras a que são submetidos para garantir a continuidade de cuidados, a grande afluência, o grau

de gravidade e a rotatividade de doentes no SO e a falta de tempo para frequência de formações, simpósios ou congressos, impeditivos para a avaliação de risco de desenvolvimento de UP e seu registo, não sendo esta considerada uma prioridade.

A falta de profissionais, não existir um enfermeiro responsável pela avaliação do risco durante a admissão ou não conhecer o instrumento de avaliação poderão ser fatores condicionantes para as boas praticas na prevenção de UP. É preciso determinar quais as praticas que necessitam ser mudadas e considerar como as novas praticas podem ser construídas no plano diário de trabalho rotinizado de forma a saber como as melhores praticas serão operacionalizadas UP (Berlowitz et al, 2014).

Reflexão sobre o desenvolvimento profissional e nível de competências atualmente e as competências a desenvolver enquanto enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa idosa;

Durante o estágio, foi grande a necessidade de investigação nesta temática porque era insuficiente o meu conhecimento e para poder capacitar os enfermeiros na prevenção de UP tinha de aprofundar os conhecimentos nesta temática assim como desenvolver a capacidade de planear intervenções eficazes na prevenção de UP na pessoa idosa. Foi na procura exaustiva de estudos científicos e internacionais recentes, que me orientou na delineação de intervenções, avaliação e reformulação das mesmas quando necessário, de acordo com a pessoa idosa na sua individualidade.

Foi necessário para isso realizar uma pesquisa bibliográfica exaustiva e atualizada sobre a temática, recorrendo à base de dados eletrónica EBSCOhost (Cochrane Database of systematic Reviews with full text; CINAHL plus with full text; MEDLINE with full text) e procurados artigos científicos em texto integral, em inglês e de acesso gratuito, entre 2010 e 2015 tendo usado como palavras chave: elderly or older; pressure ulcer; prevention, emergency department, o que resultou num total de 101 artigos, após leitura foram excluídos 11 por não

preencherem os critérios de inclusão: revisões sistemáticas de literatura ou estudos de abordagem qualitativa e/ou quantitativa desenvolvidos em contexto hospitalar e com pessoas idosas relacionados com o tema em estudo.

A análise dos artigos contribuiu para o desenvolvimento do projeto e no processo de aprendizagem pois revelou que apesar da problemática estar muito desenvolvida na evidência prática ainda existe muito caminho a percorrer para atingir a excelência de cuidados na prevenção de UP, principalmente neste grupo de risco como os idosos. Também revelaram estratégias que facilitaram e auxiliaram no processo de implementação do projeto.

Essa pesquisa permitiu-me de forma gradual atingir o nível de perito, através da partilha de conhecimento e reflexão da prática clínica, tornando-se visível e gratificante quando no final do estágio os colegas já me reconheciam como a colega enfermeira com conhecimentos especializados e atualizados nesta temática e solicitavam a minha opinião aquando de duvidas na prevenção de UP.

Os estágios realizados nos diferentes contextos contribuíram, de um modo global, para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e das aprendizagens profissionais. Em simultâneo, contribuiu para o aprofundar de conhecimentos e desenvolvimento de competências específicas de especialista em enfermagem médico-cirúrgica na prática clínica de cuidados à pessoa idosa e família, permitindo no domínio da gestão de cuidados projetar um papel dinamizador de partilha de conhecimentos ao nível da pessoa idosa, promovendo a otimização das respostas de enfermagem ao nível da tomada de decisão no processo de cuidados à pessoa idosa e família.

Aprofundamento de conhecimentos na área da prevenção de úlceras de pressão assistindo a congressos, simpósios e conferências relacionadas com a temática;

Durante o estágio tive oportunidade de assistir ao Simpósio APTFeridas (anexo IV) que decorreu em outubro de 2014 e cujo tema foi “Infecção e

Qualidade” onde foram abordados temas como: a qualidade de vida no doente com ferida; custo da qualidade dos cuidados; indicadores de qualidade; novas orientações na prevenção e tratamento de UP baseadas na EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014.

Posteriormente, em maio de 2015, tive oportunidade de assistir ao Congresso promovido pelo GAIF cujo tema foi “Sabemos tratar feridas?” (anexo V) em que foram abordados temas como a qualidade na prevenção de feridas; prevenção de UP em que foi muito gratificante ouvir a Sra. Enfermeira Filomena Maia, Presidente do Conselho Executivo Regional, Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros, que na sua exposição abordou o tema “Dotações seguras para a prevenção das UPP”.

7. O PERCURSO PROFISSIONAL APÓS O ESTÁGIO

Os conhecimentos e ferramentas adquiridas durante estes 18 meses do curso, a pesquisa bibliográfica que foi sendo realizada, a reflexão acerca o meu regresso ao Serviço de Urgência do Hospital Divino Espírito Santo, EPE (HDES, impulsionaram uma mudança nos cuidados a prestar. A aspiração de uma intervenção especializada conduziu a uma nova compreensão da pessoa idosa e família impulsionando para aa mudança na minha prática de cuidados diários.

O estágio no SUC permitiu o desenvolvimento de competência da gestão de cuidados e de adquirir a capacidade para identificação de problemas assim como desenvolver programas de melhoria com vista à excelência de cuidados. A investigação também ela importante para promover a mudança de comportamentos baseando-se na melhor evidencia foi fulcral para o desenvolvimento desta competência.

Após identificação da problemática do SU do HDES, foi proposto uma reunião informal com a Enfermeira Chefe onde foi apresentado o projeto à equipa de enfermagem (apêndice XI) adaptado às necessidades do SU do HDES. Desde logo obtive apreciação positiva por parte da mesma e foram providenciadas oportunidades para a implementação do mesmo.

Foi proporcionada uma sessão de formação (apêndice XII) onde incidi principalmente no diagnóstico da situação utilizando um estudo de caso que ocorreu no SO, na definição dos principais conceitos, orientações nacionais e internacionais de boas praticas para a prevenção de UP e apresentação do projeto à equipa de enfermagem. Elaborei um dossier temático de rápida consulta com as orientações nacionais e internacionais para a prevenção de UP e foi necessário um pequeno poster com a Escala de *Braden* e a descrição das dimensões e subescalas, uma vez que no sistema informático do enfermeiro, a escala para avaliação apenas apresenta a subescala sem a sua definição, e os enfermeiros referiram o desconhecimento da escala na altura da avaliação como impeditivo para a avaliação do risco. Esse poster foi estrategicamente colocado junto aos computadores dos enfermeiros para fácil visualização e consulta.

Em maio de 2015, fui convidada pela equipa organizadora do evento

Encontro de Enfermagem: Dia internacional do Enfermeiro, “Enfermeiros: Uma força para a mudança! Eficazes em cuidados, Eficientes em custos!” (anexo VI), para ser preletora e assim apresentar o meu projeto como título “Prevenção e Monitorização de UP no Serviço de Urgência”, no auditório do HDES (apêndice XIII). A partilha foi gratificante com um feedback da instituição positivo, pois já existe monitorização das UP no HDES mas o SU não era contemplado desta monitorização.

Em simultâneo, foi proposto pela enfermeira de ligação da OE da Secção Regional dos Açores, desenvolver o projeto como programa de melhoria continua para a qualidade dos cuidados de enfermagem e que após reunião formal com os elementos da OE da SRA, foi aprovado com início em Agosto de 2015. Neste programa de melhoria tive a oportunidade de corrigir falhas identificadas aquando da implementação do projeto de estágio do SUC conseguindo atingir resultados positivos nos indicadores de processo.

Em setembro, participei no I Encontro de Benchmarking de Programas de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da SRRAA da OE (anexo VII), como preletora do projeto onde apresentei os resultados da avaliação do mês de julho de 2015, revelando uma boa adesão da equipa de enfermagem, 45.8%, na avaliação do risco, avaliação pele e intervenções para a prevenção de UP (apêndice XIV). O Benchmarking é um instrumento útil como parte de uma iniciativa para a melhoria da qualidade que permite aos pares a partilha de conhecimentos, comparar e identificar forças e fraquezas (Gershengorn et al., 2014). Esta experiência para além de desafiante foi muito gratificante e enriquecedora porque permitiu a partilha de experiências que decorrem em outras realidades institucionais de outras ilhas, e “aproveitar” programas de melhoria já implementados e baseados na evidência com resultados positivos para o doente.

No SO do SU, foi criado um armário com material de penso para proteção das proeminências ósseas, protetores de calcâneos, cremes barreira, ácidos gordos hiperoxigenados, assim como uma tabela descritiva dos mesmos produtos com os princípios ativos, indicações, frequência e tratamento, dados

estes fornecidos pela Comissão de Feridas do HDES “Material de penso com ação terapêutica, 2015” (apêndice XV).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

A identificação e satisfação das necessidades de cuidados à pessoa idosa enquanto doente que recorre ao serviço de urgência decorreram suportadas pelo código deontológico do enfermeiro. Foi salvaguardada a confidencialidade de todas as informações obtidas que se destinaram apenas para fins académicos. No local de estágio foi solicitada (apêndices III, IV, V, V) previamente autorização à Instituição (anexo III).

8. CONCLUSÃO

A Ordem dos Enfermeiros reconhece que “a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência (...) constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2001, p.12).

Os idosos utilizam muito os serviços de urgência e as necessidades destes doentes são diferentes dos outros adultos, devido ao défice cognitivo, doenças crónicas, manutenção do nível funcional e sobrecarga do cuidador, o que origina desafios no cuidado destes doentes pelas organizações (Krall et al, 2012).

As UP continuam a ser um flagelo que assola o indivíduo, família e sociedade e é emergente investir na sua prevenção em Serviços de Urgência. Num serviço de prioridades, a prevenção das UP não é prioritária nos cuidados urgentes de enfermagem. A pessoa idosa no SU tende a permanecer em macas ou cadeira com longos períodos de imobilidade, num local frio e estranho, com pessoas ao seu redor que não reconhece. Esta situação tende a desencadear sentimento de abandono na pessoa idosa que pode conduzir a desorientação e agitação psicomotora promovendo a fricção e forças de deslizamento. Todos estes fatores associados às comorbilidades existentes, polimedicação ou fragilidade da pele envelhecida promove o desenvolvimento de UP num curto período de tempo. O enfermeiro especialista na vertente pessoa idosa é responsável pela identificação de necessidades da pessoa idosa, planeamento de estratégias centrado na pessoa, na sua individualidade, experiências de vida e preferências, delineadas em conjunto com o doente e família com o objetivo fundamental da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O desenvolvimento de UP em meio hospitalar, para além de causar dor ao doente, transtorno ao doente e família, aumenta os custos no sistema nacional de saúde com a utilização de recursos humanos e materiais e compromete a segurança do doente sendo um resultado negativo dos cuidados de enfermagem.

No SUC esta problemática foi identificada como sendo uma prioridade para o desenvolvimento de um projeto que garantisse a uniformização da

prestação de cuidados, baseada na melhor evidência científica com vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e de vida da pessoa idosa.

O diagnóstico de situação foi validado e foram delineadas e aplicadas várias estratégias de forma a capacitar os enfermeiros para a utilização de um instrumento de avaliação de risco de UP e adoção de intervenções de enfermagem uniformes e baseadas na evidência.

O fato de ser enfermeira também num serviço de urgência facilitou a integração e o reconhecimento pela equipa de enfermagem de competências na área da urgência /emergência o que foi um aspeto facilitador na implementação do projeto. No entanto, os resultados obtidos no SU ficaram aquém das expectativas na medida em que surgiram algumas limitações, como o pouco tempo disponível para a implementação do projeto devido à demora da aceitação por parte da Direção de Enfermagem e a resistência por parte de alguns enfermeiros à mudança, incluindo o Enfermeiro Chefe. Apesar de se notar uma ligeira melhoria dos cuidados de enfermagem e a existência em *stock* de almofadas para os reposicionamentos dos doentes, que foi a minha grande luta, deposito a minha esperança na equipa que foi constituída no SU para dar continuidade ao projeto, pois muitas arestas ainda são necessárias limar para que contribua para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa idosa.

A aquisição de competências construiu uma mais valia na construção da minha identidade, tanto profissional como pessoal, e revelou-se um fator motivacional para implementar um projeto na mesma temática no meu local de trabalho e atingir os resultados pretendidos. Considero de extrema importância manter este espírito de investigação e de procura da melhor evidência como suporte para a minha tomada de decisão e julgamento clínico.

A redação do presente relatório foi acompanhada de algumas dificuldades devido à inexperiência na realização de trabalhos deste cariz, no entanto, julgo ter alcançado o objetivo de descrever, analisar e refletir sobre todo o processo de aprendizagem decorrido e assim, ter adquirido e desenvolvido as competências esperadas para um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica vertente Pessoa Idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alja' afreh, M. & Mosleh, S.M. (2013). Pressure Ulcers in Jordan: a snapshot survey of a tertiary public hospital. *British Journal of Nursing*. 22(20), S10-S16
- Almeida, H. (2012). Biologia do envelhecimento: uma introdução. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coords). *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 21-40). Lisboa: Lidel
- Alves. P. (2012). New evidences on pressure ulcers: international guidelines. In *Conferência Internacional Sobre Enfermagem Geriátrica*. Lisboa, 28 Outubro 2011, Edições Fundação D. Pedro IV.
- Andrade, F. M. M. (2009). O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal. Tese de Mestrado em Educação: Área de Especialização em Educação para a Saúde. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia
- Barker, A.L.; Kamar, J.; Tyndall, T. J.; White, L.; Hutchinson, A.; Klopfer, N. & Weller, C. (2013). Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observational study. *International Wound Journal*, 10, 313-320
- Baumgarten, M.; Rich, S.E.; Shardell, M.D.; Hawkes, W.G.; Margolis, D.J.; Langenberg, P., et al. (2012). Care-Related Risk Factors for Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Elderly Adults with Hip Fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 277-283. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03849.x
- Blakemore, S. (2012). Specialist care for frail older people. *Emergency Nurse*. 19(9), 1-6. Acedido em Dezembro 2015. Disponível em: www.emercyncurse.co.uk
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito, Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Berlowitz, D. R. & Frantz, R.A. (2007). Implementing Best Practice in Pressure Ulcer Care: The role of Continuous Quality Improvement. *Elsevier Science*. 8(3), S37-41

Berlowitz, D.; Lukas, C.V.; Parker, V.; Niederhauser, A.; Silver, J. & Logan, C. (2014). Preventing Pressure Ulcers in Hospitals. A toolkit for improving Quality of care. *Agency for Healthcare Research and Quality*. Acedido em Maio/2014. Disponível em: www.ahrq.gov

Bicudo, M.J.G.A. (2013). Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade. Contributos dos enfermeiros. In Lopres, M.A.P. (Org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa. Da investigação à prática*. Loures: Lusociência, 39-74

Bishop, A. & Scudder, J. (2001). *Nursing Ethics. Holistic Caring Practice*. Second Edition. National League for Nursing

Blakemore, S. (2012). Specialist care for frail older people. *Emergency nurse*. 19(9), 12-16

Boltz, M.; Capezuti, E.; Wagner, L.; Rosenberg, MC & Secia, M. (2013). Patient Safety in Medica-Surgical Units: Can Nurse Certification Make a Diference?. *MEDSURG Nursing*. 22(1), 26-37

Brunner, L.S. & Suddarth, D.S. (2000). *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. (C.S. Motta; I.C.F. Cruz; I.E. Cabral; L.B. Couto; M.T.L. Lisboa, Trad.) (8ª ed.) Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. (tradução do original do inglês Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 8th Edition, 1996

Butterworth, C. (2012). How to achieve a person-centred writing style in care plans. *Nursing Older People*. 24(8), 21-26

Cameron, I.D.; Fairhall, N. Langron, C.; Lockwood, K.; Monaghan, N.; Aggar, C., et al. (2013). A multi factorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BioMed Central*. 11(65), 1-10. Acedido em 17/07/2015. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/65>

Campbell, J.L.; Coyer, F.M. & Osborne, S. R. (2016). The skin safety model: reconceptualizing skin vulnerability in older patients. *Journal of Nursing Scholarship*. 48(1), 14-22. DOI: 10.1111/jnu.12176

Caple, C. & Schub, T. (2015). Pressure ulcers: Prevention strategies. *Cinahl Information Systems*

Carvalho, J. & Mota, J. (2012). O exercício e o envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coords). *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 71-91). Lisboa: Lidel

Carrilho, M. & Patrício, L. (2010). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, (48), 101 – 146. Acedido em 25/3/2014 de Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=103155854&ESTUDOSmodo=2

Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal (2002). Segunda Assembleia Mundial sobre envelhecimento conclui em Madrid: Aprova plano de acção e Declaração política. In *Comunicado de imprensa do Departamento de Informação Pública da ONU, símbolo SOC/4619*. Acedido em setembro 2015. Disponível em www.onuportugal.pt

Choi, J.; Bergquist-Berlinger, S. & Staggs, V.S (2013). Linking RN Workgroup Job Satisfaction to Pressure Ulcers Among Older Adults on Acute Care Hospital Units. *Research in Nursing & Health*, 36, 181-190.
DOI:10.1002/nur.21531

Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da Vida*. 2ª Ed. (S. Ventura, A.F. Oliveira, F. Oliveira, L. Silveira, Trad.). Lusociência. (Tradução do original em Francês Soigner... Le premier art de la vie (2ème éd. Paris, Masson, 2001).

Collin, D.; Chomard, D.; Bois, C.; Saumet, J.L.; Desvaux, B. & Marie, M. (1998). An evaluation of hiper-oxygenated fatty acid esters in pressure sore management. *Journal of Wound Care*. 7(2), 71-2

Correia, M.C.B. (2009). A Observação Participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*. 13(2), 30-36

Cubit, K.; McNally, B. & Lopez, V. (2012). Taking the pressure off in the Emergency Department: Evaluation of the prophylactic application of a low

shear, soft silicon sacral dressing on high risk medical patients. *International Wound Journal*. 579-584. **DOI:** 10.1111/j1742-481X.2012.01025.x

Dealey, C.; Brindle, T.; Black, J.; Alves, P.; SantaMaria, N.; Call, E. & Clark, M. (2013). Challenges is pressure ulcer prevention. *International Wound Journal*, 309-312. **DOI:** 10.1111.iwj.12107

Defloor, T. & Grypdonck, M.F.H. (2004). Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 373-382

Demarré, L., Vanderwee, K., Defloor, T., Verhaeghe, S., Schoonhoven, L. & Beeckaman, D. (2012). Pressure ulcers: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (9/10), 1425-1434. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03878.x. Acedido em: 9/04/2014. CiNHAL with full text. Disponível em:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=74194286&lang=pt-br&site=ehost-live>

Demarré, L., Verhaeghe, S., Hecke, A.V., Clays, E., Grypdonck & Beeckman, D (2014). Factors predicting the development of pressure ulcers in an at-risk population who received standardized preventive care: secondary analyses of a multicenter randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 391-403

Despacho n.º1400-A/2015. PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020. Diário da Republica, 2.ª série-N.º28-10 de Fevereiro de 2015, 3882(2)-3882(10)

Dias, J.M. (2004). *Formadores: Que desempenho?* Loures: Lusociência

Direção – Geral da Saúde (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa: DGS

Direção – Geral da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS

Direcção-Geral da Saúde (2007). *Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados . Ulceras de Pressão. Prevenção*. Lisboa: DGS

Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Informativa N°: 35/DSQC/DSC - *Avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden*. Portugal: DGS. Acedido a 1-06-2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-35dsqcdsc-de-12122008.aspx>

Direção- Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Portugal: DGS

Direção- Geral da Saúde (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional Sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Lisboa: DGS

Direção-Geral da Saúde (2012). Análise de Incidentes e de Eventos Adversos. Portugal: DGS

Edvardsson, D. & Nay, R. (s.d.). Acute care and older people: challenges and ways forward. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 27(2), 63-69

Emergency Nurses Association (2012). Advanced Practice in Emergency Nursing. Position Statement. ENA

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washinton DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; Acedido em Maio 2014. Disponível em [http://gaif.net/sites/default/files/guideline_Prevencao da UPressao PT.pdf](http://gaif.net/sites/default/files/guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf)

Fernandes, M.J.S.R.S. (2013). Envelhecimento bem sucedido: modelo de intervenção na enfermagem. In Lopes, M.A.P. (Org.) *O cuidado à pessoa idosa. Da investigação à prática*. Loures: Lusociência, 3-37.

Ferreira, P.L., Minguéns, C., Gouveia J. & Furtado, K. (2007). *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação Nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.

Fossum, M., Alexander, G., Göransson, K., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2011). Registered nurses' thinking strategies on malnutrition and pressure ulcers in nursing homes: a scenario-based think-aloud study. *Journal Of Clinical*

Nursing, 20(17/18), 2425-2435. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03578.x Acedido em 18 de Junho de 2014. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=64720579&lang=pt-br&site=ehost-live>

Frantz, R. A. (2004). Evidence-Based Protocol. Prevention of Pressure Ulcers. *Journal of Gerontological Nursing*.30 (2), 4-11

Fox, M.T.; Persaud, M.; Maimets, I.; O'Brien, K.; Brooks, D.; Tregunno, D. & Schraa, E. (2012). Effectiveness of Acute Geriatric Unit Care Using Acute Care for elders Components: A Systematic Review and Meta-Anallysis. *Journal of American Geriatrics Society*. 60(12), 2237-2245. **DOI**:10.1111/jgs.12028

Gershengorn, H. B.; Kocher, R.; & Factor, P. (2014). Management strategies to effect change in intensive care units: Lessons from the world of business. Part I. Targeting quality improvement initiatives. *Medline* ;11:264–269

Gomes, I.D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Lopes, M.A.P. (Org.) *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa. Da investigação à prática*. Loures: Lusociência, 77-113

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010). *Prevenção das úlceras de pressão: prática baseada na evidência*. Lisboa: GAIF

Gunningberg, L.; Stotts, N.A & Idvall, E. (2011). Hospital-acquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: cross-sectional data as the foundation for future quality improvement. *International Wound Journal*. 8(5), 465-473. Disponível em: Blackwell Publishing Ltd and Medicalhelplines.com

Heath, H. & Phair, L.(2011). Frailty and its significance in older people's nursing. *Nursing Standard*. 26(3), 50-55

Henriques, A. (2013). A gestão da medicação nas pessoas idosas: a adesão como indicador de eficácia de intervenções de enfermagem. In Lopes, M. A. P. (Org.) *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa. Da investigação à prática*. (pp.115-174). Loures: Lusociência.

Hoviattalab, H.; Hashemizadeh, H; D'Cruz, G.; Halfens, R.J.G. & Dassen, T. (2014). Nursing practice in the prevention of pressure ulcers:an observational study of German Hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1513-1524 Acedido em Novembro 2015.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 Resultados Definitivos- Região Lisboa*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Instituto Nacional de Estatística (2014). *Projeções de População Residente 2012-2060. Censos em Portugal*. 1-18.

Instituto Nacional de Estatística (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. *Destaque-Informação à comunicação social*. 1-8. Acedido em Janeiro de 2016. Disponível em: www.ine.pt

Institute for Clinical Systems Improvement (2012). Pressure Ulcer Prevention and Treatment. Protocol Summary. Acedido em Agosto 2014. Disponível em https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines

Ionescu-Iltu, R.; McCusker, J.; Ciampi, A.; Vadeboncoers, A.M.; Roberge, D.; Larouche, D.; Verdon, J. & Pineault, R. (2007). Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 177 (II):1362-1368

Källman, U.; Bergstrand, S.; Anna-Christina, E; Engström, M.; lindberg, L. & Lindgren, M. (2012). Different lying positions and skin temperature in older adults patients. *Journal of Advance Nursing*. 69(1), 133-144. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2012.06000.x

Kirmin, C.N.(2014). Pressure ulcers and wound care. *Medscape reference*.

Kneafsey, R.; Clifford, C. & Greenfield, S. (2013). What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital?. *International Journal of Nursing studies*. 1618-1629

Krall, E.; Close, J.; Sudak, M.; Lampert, S. & Colonnelli, K. (2012). Innovation Pilot Study: Acute Care for elderly (ACE) Unit-Promoting Patient-Centric Care. *Health Enviroments Research & Design Journal*. 5(3), 90-98. Disponível em www.herdjournal.com

Larkhan, P.; Jones, M.; Wilson, A.; Courtneu, M.; Hirdes, J. & Gray, L. C. (2011). A Prospective Cohort Study of Geriatric Syndromes among Older Medical Patients Admitted to Acute Care Hospitals. *Journal of the American Geriatrics Society*. **DOI:**10.1111/j.1532-5415.2011.03663.x

Lyder, C.H.; Wang, Y.; Metersky, M.; Curry, M.; Kliman, R.; Verzier, N. R. & Hunt, D. R. (2012). Hospital-Acquired Pressure Ulcers: Results from the National Medicare Patient Safety Monitoring System Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(9). Acedido em 11/08/2014. Medline with full text. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=8a5c9658-f3f9-4472-b38e-b262dfef33a7%40sessionmgr114&hid=113>

Lopes, M.C.B.T; Lage, J.S.S.; Vancini-Campanharo, C.R.; Okuno, M.F.P & Batista, R.E.A. (2015) Fatores associados ao comprometimento funcional de idosos internados no serviço de emergência. *Einstein*; 13(2):209-214

Lucena, A. F., Santos, C.T., Pereira, A.G.S., Almeida, M. A., Dias, V. L. M., & Friedrich, M.A. (2011). Clinical Profile and Nursing Diagnosis of Patients at Risk of Pressure Ulcers. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)*, 19(3), 523-530. Acedido em: 9/04/2014. Cinahl with full text. Disponível

em:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=63716926&lang=pt-br&site=ehost-live>

Manley, K.; hills, V. & Marriot, S. (2011). Person-centred care: Principle of nursing Practice D. *Nursing Standard*. 25(31), 35-37

Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa:Fundação Francisco Manuel dos Santos.

McBride,J. & Richardson, A. (2015). A critical care network pressure ulcer prevention quality improvement project. *British Association of Critical Care Nurses*, 1-8

McCormack, B. & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5), 472-479. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

Matos, I.M.F. (2012). Custo-Efetividade de Intervenção na Prevenção de Úlceras de Pressão. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Escola de Economia e Gestão

Mennela, H. (2014). Case Management: Frail older adults. *Cinahl Information Systems*. Acedido em 24/7/2015

Moore, Z. & Cowman, S. (2011). Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing*.21, 362-371. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2011.03749.x

Morison, M. J., (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão.*(J. C. Gouveia e K. Furtado, Trad.).Loures: Lusociência. (tradução do original do inglês The Prevention and Treatment of Pressure Ulcers, 2001, Harcourt : Mosby).

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia

National Institute for Health and Care Excellence (2014). Managing pressure ulcers in adults. NICE. Acedido em 05/2015. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/pressure-ulcers>

National Institute for Health and Care Excellence (2014). Pressure ulcers overview. NICE. Acedido em 05/2015. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/pressure-ulcers>

National Institute for Health and Care Excellence (2014). Preventing pressure ulcers in adults. NICE. Acedido em 05/2015. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/pressure-ulcers>

Nilsson, A.; Lindkvist, M.; Rasmussen, B.H. & Edvardsson, D. (2013). Measuring levels of person-centeredness in acute care of older people with cognitive impairment: evaluation of the POPAC scale. *BioMed Central*. Acedido em 18/8/2015. Disponível em: www.biomedcentral.com/1472-6963/13/327

Ordem dos enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. *Divulgar*. Acedido em Janeiro de 2015. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos enfermeiros (2007). Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. Acedido em Março de 2014.

Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recommend_Manuais_BPraticas.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em Janeiro 2014. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Organização Mundial de Saúde (2005). Envelhecimento Activo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Paul, R.; McCutcheon, S.P; Tregarthen, J.P.; Denend, L. T.; & Zenios, S.A, (2014). Sustaining Pressure Ulcer Best Practice in a High-Volume Cardiac Care Enviroment. *American Journal of Nursing*. 114(8), 34-44

Perry D.; Borchert K.; Burke S.; Chick K.; Johnson K.; Kraft W., et al. (2012). Pressure Ulcer Prevention and Treatment Protocol. Institute for Clinical Systems Improvement

Pedrosa, I.L.; Silva, M.S.M.L.; Araujo, A.A.; Schawanke, C.H.A. & DeCarli, G.A (2014). Pressure ulcers in elders and in non- elders: a historical cohort study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 13(1), 82-91 Acedido em: 2/07/2015. Cinahl with full text. Disponível em:

<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4111>

Pietraniec-Shannon, M. (2010). Nursing Care of Older Adult Patients. In Orthopedic & Athletic Injury Evaluation Handbook. 270-288. Acedido em janeiro 2016. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=70438972&lang=pt-br&site=ehost-live>

Quach, C.; McArthur, M.; McGeer, A.; Li, L.; Simor, A.; Dionne, M.; Lévesque, E. & Tremblay, L. (2012). Risk of infection following a visit to emergency department: a cohort study. *Canadian Medical Association Journal*. 184(4). 232-239

Queiroz, D.T.; Vall, J.; Alves e Sousa, A.M. & Vieira, N. F. C. (2007). Etapas da observação participante. *Revista de Enfermagem*. 15(2): 276-283

Rijswijk, L. (2004). Epidemiologia. In Morison, M. J. *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. (pp.1-6) (J. C. Gouveia e K. Furtado, Trad.). Loures: Lusociência. (tradução do original do inglês *The Prevention and Treatment of Pressure Ulcers*, 2001, Harcourt : Mosby).

Robinson, S. & Mercer, S. (2007). Older adult Care in the Emergency Department: Identifying Strategies that Foster Best Practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(7), 40-47

Rodrigues, A.M., & Soriano, J.V. (2011). Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliares na prevenção de úlceras por pressão. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*, 3(5), 55-63. Acedido em: 9/04/2014. Cinahl with full text.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=70438972&lang=pt-br&site=ehost-live>

Rosengren, K. et al (2012). Quality registry, a tool for patient advantages – from a preventive caring perspective. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 196–205. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01378.x. Acedido em 19/05/2014.

Academic Search Complete. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=1aafcbab-77b1-4a36-9ac0-0b0b14cd71cf%40sessionmgr110&hid=127>

Ruivo, M.; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. 15, 1-37

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.

SIGN (2010). Summary of recommendations management of hip fracture in older people. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*. Healthcare Improvement Scotland.

Silva, M.F.N.; Oliveira, G.N.; Pergola-Marconato, A. M.; Marconato, R.S.; Bargas, E. B. & Araújo, I.E.M. (2014). Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 22(2), 218-225

Suttipong, C. & Sindhu, S. (2012). Predicting factors of pressure ulcers in older Thai stroke patients living in urban communities. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3/4), 372-379. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03889.x. Acedido em 19/05/2014. Academic Search Complete. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1aafcbab-77b1-4a36-9ac0-0b0b14cd71cf%40sessionmgr110&vid=14&hid=127>

Sving, E.; Högman, M., Mamhidir, A.G & Gunningberg, L. (2014). Getting evidence-based pressure ulcer prevention into practice: a multi-faceted uni-tailored intervention in a hospital setting. *International Wound Journal*, p.1-10

The Joanna Briggs Institute (2008). Pressure ulcers-management of pressure related tissue damage. Best Practice Technical report. Acedido em Maio/2014. Disponível em <http://www.blackwell-synergy.com>

Theisen, S., Drabik, A., & Stock, S. (2012). Pressure ulcers in older hospitalized patients and its impact on length of stay: a retrospective observational study. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(3/4), 380-387. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03915.x Acedido em 18 de Junho de 2014. Disponível em

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=70094555&lang=pt-br&site=ehost-live>

Tojal, A.M.A.F. (2011). *Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP.

Turjanica, M., Clark, L., Martini, C., Miller, P., Turner, B. L., & Jones, S. (2011). Incidence, Correlates, And Interventions Used For Pressure Ulcers of the Ear. *MEDSURG Nursing*, 20(5), 241-247

UMCCI, (Outubro 2007). Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados. Úlceras de Pressão: Prevenção. (RNCCI). Acedido em 13 de Abril de 2014. Disponível em:

<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ulceras.pdf>

United Nations (2013). World Population Ageing 2013. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. United Nations: New York ST/ESA/SER.A/348. Acedido em Janeiro 2016. Disponível em:

www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf

VanDenKerkhof, E.G.; Friedberg, E. & Harrison, M.B. (2011). Prevalence and Risk of Pressure Ulcers in Acute Care Following Implementation of Practice Guidelines: Annual Pressure Ulcer Prevalence Census 1994-2008. *Journal for Healthcare Quality*. 33(5), 58-67

Wilborn, D.; Grittner, U; Dassen, T. & Kottner, J. (2010). The National Expert Standard Pressure Ulcer Prevention in Nursing and pressure ulcer prevalence in German health care facilities: a multilevel analysis. *Journal Clinical of Nursing*. 19, (23-24), 3364-3371 **doi:** 10.1111/j.1365-2702.2010.03389.x.

WoundsUK (2013). Best Practice Statement: Eliminating pressure ulcers. London: Wounds UK. Acedido em 12/8/2015. Disponível em : www.wounds-uk.com

WoundsUK (2012). Best Practice Statement: Care of the older person's skin (2nd edition). London: Wounds UK. Acedido em 12/11/2015. Disponível em : www.wounds-uk.com

Yoshikawa, Y; Maeshige, N.; Sugimoto, M.; Vemura, M.; Noguchi, M. & Terashi, H. (2015). Positioning bedridden patients to reduce interface pressures over the sacrum and great trochanter. *Journal of Wound Care*. 24(7), 319-325

ANEXOS

ANEXO I

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020



PARTE C

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto
do Ministro da Saúde

Despacho n.º 1400-A/2015

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. A segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em particular.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 inscreve-se no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS.

Este Plano respeita a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos doentes, e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, passando a integrá-la, devendo ser considerado como uma orientação do Ministério da Saúde, que visa reforçar, de forma particular, os dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, para benefício dos doentes utilizadores do Serviço Nacional de Saúde e dos seus profissionais.

Importa referir que a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está intimamente ligada quer ao nível de cultura de segurança existente nas instituições que prestam estes cuidados, quer à sua organização, havendo evidência que demonstra que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde. As consequências nefastas resultantes de incidentes ocorridos na prestação de cuidados de saúde têm repercussão humana, física e emocional, nos doentes e nas suas famílias, mas também têm repercussões estratégicas na reputação do SNS e na sua economia. Os incidentes são raros, no entanto, contribuem para um risco global significativo pelo efeito numérico de acumulação e são sempre dramáticos para o doente, para os profissionais envolvidos e para o SNS.

Isso, no entanto, que tem em consideração que a qualidade dos cuidados de saúde não se resume à garantia da sua segurança. O conceito de qualidade na saúde assenta em várias dimensões, como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado. Assenta, ainda, na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade.

A necessidade de se enfatizar, de modo particular, a segurança dos doentes através do presente Plano, não deve fazer esquecer a necessidade de serem garantidas as outras dimensões da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Cada serviço prestador de cuidados de saúde é, em si mesmo, um sistema muito complexo e instável, que requer uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos, requerendo, por este motivo, uma gestão atenta e inovadora dos numerosos aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados de saúde. Neste tipo de ambiente, a gestão dos riscos associados aos cuidados obriga a uma abordagem global, coletiva, organizada e permanentemente acompanhada. A eficácia desta abordagem global assenta na implicação ativa de três grandes funções estreitamente ligadas entre si: a função de governação, a função de acompanhamento e a função operacional.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 1.º, nas alíneas a) e b) do artigo 2.º, no artigo 7.º, na alínea c) do n.º 1 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, do artigo 5.º, artigo 6.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, determino:

1. Aprovo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, anexo ao presente despacho do qual faz parte integrante.

2. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 integra a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

3. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 é coordenado, a nível nacional, pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

4. Compete aos órgãos máximos de gestão dos serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os agrupamentos de centros de saúde, os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde, alocar recursos, validar as ações programadas e monitorizar os resultados da gestão dos riscos associados aos cuidados de saúde.

5. Cada unidade de saúde deve assegurar, através da respetiva comissão da qualidade e segurança, criada nos termos do Despacho n.º 3635/2013, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 47, de 7 de março, a implementação e acompanhamento das ações identificadas no plano e o cumprimento dos calendários estabelecidos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos.

6. Aos profissionais prestadores diretos de cuidados de saúde compete assegurar o cumprimento das ações estabelecidas nos planos de ação de cada unidade de saúde.

7. A Direção-Geral da Saúde deve apresentar relatórios anuais sobre a execução e os resultados do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

2 de fevereiro de 2015. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

ANEXO

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades.

O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear. A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve, assim, assentar nestes princípios fundamentais. Por um lado, requer a identificação das ações preventivas que já existem e a avaliação das medidas tomadas. Por outro lado, requer a tomada de medidas reativas e corretoras após a ocorrência de incidentes. Sublinha-se, portanto, a estreita complementaridade existente entre uma análise *a priori*, que é enriquecida a partir de análises *a posteriori*, colocando em evidência falhas não identificadas como fatores e perigos contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança.

O presente Plano, concebido com base numa visão transversal do Serviço Nacional de Saúde, obriga ao envolvimento das responsabilidades de governação, de coordenação e da prática operacional da prestação de cuidados, visando a convergência metodológica dos diversos dispositivos existentes que contribuem para a gestão dos riscos associados à prática dos cuidados.

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é, assim, um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde. A causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas ligada a defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 deve ser assumido por cada estabelecimento prestador de cuidados de saúde, através da respetiva adaptação à sua organização.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Para serem atingidos tais objetivos, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 obriga a que as Comissões da Qualidade e Segurança dos hospitais e agrupamentos de centros de saúde inscrevam nos seus planos de ação anuais atividades que visem alcançar os seguintes objetivos estratégicos:

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

AUMENTAR A CULTURA DE SEGURANÇA DO AMBIENTE INTERNO

A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

A Organização Mundial de Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados-Membros a avaliação da percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde trabalham, como condição essencial para a introdução de mudanças nos seus comportamentos e para o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam aos doentes.

A cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é, segundo a Organização Mundial de Saúde, para além de um estilo e de uma competência de gestão, um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de percepções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes.

Uma instituição que presta cuidados de saúde detém um ambiente próprio, através do qual influencia os que a frequentam e se deixa por eles

influenciar. Ou seja, os utentes e os profissionais são, simultaneamente, agentes e destinatários da mudança e, portanto, da própria cultura de segurança da instituição.

A Organização Mundial de Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam, ainda, o desenvolvimento de planos de formação graduada, pós-graduada e contínua, que potenciem a aprendizagem sobre a melhoria da cultura interna de segurança dos doentes.

A avaliação da cultura de segurança dos doentes, em Portugal, irá decorrer anualmente, em anos alternados, para os hospitais, já ocorrido em 2014, e para os agrupamentos de centros de saúde, em 2015.

De acordo com o relatório preliminar da avaliação da cultura de segurança dos doentes nas instituições hospitalares, verifica-se que os resultados não são muito dispares daqueles que são descritos internacionalmente. Em Portugal, as dimensões com maior potencial de melhoria a curto prazo são as seguintes:

Dimensão 3, *Apoio à segurança do doente pela gestão*

Dimensão 8, *Frequência da Notificação*

Dimensão 9, *Trabalho entre unidades*

Dimensão 10, *Dotação de profissionais*

Dimensão 12, *Resposta ao erro não punitiva*

É necessário, contudo, garantir que as direções clínicas, os conselhos clínicos e de saúde e as comissões da qualidade e segurança promovam a adesão dos seus profissionais à avaliação da cultura de segurança dos doentes, uma vez que, em 2014, a taxa de adesão nacional foi de 18,3%.

Assim, compete à Direção-Geral da Saúde definir os valores-padrão das taxas de adesão das instituições à avaliação da cultura de segurança dos doentes e dos valores-padrão nacionais para as várias dimensões. A Administração Central do Sistema de Saúde compete incluir os valores-padrão nas metas dos contratos programa das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Metas para o final de 2020:

1) Atingir uma taxa de adesão nacional à avaliação da cultura de segurança $\geq 90\%$.

2) Atingir uma média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do doente $\geq 50\%$.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Participar na avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais.		X		X		X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convenionadas
Participar na avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários.	X		X		X		Agrupamentos de centros de saúde e unidades locais de saúde
Monitorizar a adesão das instituições	X	X	X	X	X	X	Direção-Geral da Saúde
Implementar medidas de melhoria nos hospitais de acordo com os resultados obtidos.	X		X		X		Hospitais, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde do Serviço Nacional de Saúde e entidades convenionadas
Implementar medidas de melhoria nos cuidados de saúde primários de acordo com os resultados obtidos.		X		X		X	Agrupamentos de centros de saúde e unidades locais de saúde
Desenvolver plano de formação de serviço na área da segurança dos doentes.		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde
Incluir a média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do doente nos contratos programa.		X	X	X	X	X	Administração Central do Sistema de Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

AUMENTAR A SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO

Sendo a comunicação um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as mudanças de turno e as transferências ou altas dos doentes, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de

cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente.

De acordo com o diagnóstico de situação, realizado no âmbito dos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015 nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, o número médio nacional de auditorias internas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados é de 5 auditorias/ano.

As tecnologias de informação e comunicação desempenham, neste contexto, uma função estruturante fundamental, não apenas entre diferentes instituições prestadoras de cuidados, nacionais, europeias ou internacionais, mas, também, entre serviços da mesma instituição ou profissionais do mesmo serviço.

Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde devem assegurar o diálogo seguro entre sistemas eletrónicos de informação e a integração de múltiplos desses sistemas, tanto na instituição, como entre instituições.

Com a recente criação das comissões da qualidade e segurança nos hospitais e nos agrupamentos de centros de saúde, constituiu-se, pela primeira vez, a malha de uma rede nacional promotora da partilha interprofissional, interinstitucional e entre nível de cuidados, do conhecimento na área da qualidade e da segurança dos doentes. As mencionadas comissões, ao longo dos vários níveis de cuidados da mesma área geográfica ou de referência, têm a obrigação de comunicar entre si, veiculando a informação necessária e desenvolvendo atividades conjuntas que promovam a melhoria contínua da qualidade e a sua monitorização.

Quando se fala de comunicação na saúde não se pode deixar de falar, também, na difusão de orientações e de normas nacionais de boa prática profissional.

A comunicação na saúde está, também, intimamente associada à transversalidade. De facto, deve atravessar toda a organização do Serviço Nacional de Saúde, de modo a que a informação disponibilizada aos profissionais de saúde e aos cidadãos permita a comparação entre produtos, técnicas, práticas profissionais, estruturas ou modelos de organização.

O Conselho da União Europeia recomenda que os doentes sejam informados e integrados na equipa que lhes presta cuidados de saúde. Só assim poderão ser responsabilizados quer pela sua saúde, quer pelo controlo da evolução da sua doença. Se não forem ativamente implicados no processo de prestação de cuidados, os doentes não poderão, também eles, contribuir para a segurança dos cuidados de saúde que lhes são prestados.

A legislação portuguesa consagra ao cidadão o direito a ser informado sobre o seu estado de saúde, sobre as alternativas de tratamento que lhe são propostas e sobre a evolução provável do seu estado de saúde.

Os cidadãos têm igualmente direito à informação sobre as normas e as boas práticas de segurança em vigor no Serviço Nacional de Saúde e sobre os mecanismos e procedimentos de reclamação e vias de recurso que se encontram à sua disposição.

Este processo de informação e esclarecimento do cidadão, que implica a execução de planos de comunicação, encontra-se previsto em várias normas da Direção-Geral da Saúde, procurando garantir que, para além de receber informação sobre os riscos e benefícios potenciais de cada procedimento diagnóstico ou terapêutico que lhe é dirigido, o

doente dê o seu consentimento informado, esclarecido e livre para a sua prestação.

As instituições de saúde devem disponibilizar informação simples, objetiva e descodificada, facilmente entendível pelos cidadãos, contribuindo para o reforço da sua confiança no serviço público de saúde, ao terem possibilidade de aumentar o conhecimento sobre o seu funcionamento e os seus resultados.

As instituições de saúde devem, igualmente, promover ações locais de sensibilização e de informação ao cidadão, em especial nas áreas da prevenção e controlo da infeção, da resistência aos antibióticos, do uso seguro da medicação e do consentimento informado.

Um cidadão melhor informado tem mais possibilidade de gerir as suas expectativas face aos cuidados que pretende ou necessita receber do Serviço Nacional de Saúde e, por outro lado, se essa informação for transformada, pela ação dos profissionais de saúde, em capacitação, mais possibilidade terá de participar ativamente na melhoria do desempenho e dos resultados da prestação de cuidados.

Mas a comunicação na saúde tem limites. Os limites estão na fiabilidade, isenção e independência da informação a disponibilizar. E os limites estão, também, na legibilidade e aceitabilidade, adequação e bondade dessa informação. Ou seja, os limites estão na qualidade da informação. Só é legível e aceitável a informação entendível por qualquer profissional de saúde ou qualquer cidadão. Só é adequada a informação que não viole dados protegidos por lei ou dados clínicos que violem a vida privada. Só é bondosa a informação que permite aos profissionais de saúde e aos cidadãos opções informadas e esclarecidas.

Metas para o final de 2020:

- 1) 90% dos sistemas informáticos dos Serviços de Urgência e dos Serviços de Internamento das instituições hospitalares intercomunicam.
- 2) 100% das instituições prestadoras de cuidados de saúde têm plano de contingência de recuperação das aplicações e dados/processo clínico dos doentes em situações extremas (*disaster recovery*).
- 3) 100% das instituições prestadoras de cuidados de saúde têm de garantir disponibilidade dos sistemas de informação superior a 99,9%, para garantir que não ocorram paragens de funcionamento.
- 4) 90% dos Agrupamentos de Centros de Saúde têm acesso às notas de alta das entidades hospitalares de referência.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Executar ações de sensibilização e de informação ao cidadão	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionadas
Realizar auditorias internas à transferência de informação nas transições, transferências e altas dos doentes.		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionadas
Integrar os sistemas informáticos internos das instituições prestadoras de cuidados de saúde.			X	X	X	X	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Assegurar a intercomunicação dos sistemas informáticos entre as várias instituições prestadoras de cuidados de saúde.				X	X	X	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Publicar norma sobre procedimentos seguros na transição de cuidados.		X					Direção-Geral da Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

AUMENTAR A SEGURANÇA CIRÚRGICA

A garantia da segurança cirúrgica é uma preocupação mundial.

A Organização Mundial da Saúde estima que, pelo menos, metade dos incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde ocorre durante o ato cirúrgico, num universo em que o número de cirurgias *major*, realizadas no mundo, é superior ao número de nascimentos. Estima, ainda, que 50% das complicações associadas à prática cirúrgica são evitáveis.

É no bloco operatório que parece constatar-se um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde.

A tecnologia sofisticada, de acordo com o procedimento cirúrgico a realizar e a multidisciplinaridade a que obriga, constituída por anestesistas, cirurgiões, enfermeiros e outros técnicos, obriga a uma interação perfeita num contexto de elevada complexidade.

Como a segurança cirúrgica não era reconhecida como um problema de saúde pública e os sistemas de informação, quando existentes, não

permitiam monitorizar os procedimentos nem avaliar os resultados e, ainda, como não existia padronização dos procedimentos de garantia da segurança cirúrgica na maioria dos países, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu, em 2007, o projeto "Cirurgia Segura Salva Vidas".

Este projeto pretende promover o compromisso político e a vontade clínica para que a intervenção concertada, em questões determinantes da segurança cirúrgica, seja concretizável. Pretende-se, desta forma, e sistematicamente, melhorar a identificação correta do doente, do procedimento e do local cirúrgico, implementar práticas anestésicas universalmente aceites, prevenir a infeção do local cirúrgico e, de forma abrangente, melhorar o trabalho em equipa e a comunicação entre os elementos da equipa cirúrgica.

Neste âmbito, a Organização Mundial da Saúde identificou dez objetivos básicos para a segurança cirúrgica, concretizáveis através da adoção de uma estratégia global, tornada visível pela adoção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

Esta Lista torna-se o meio agregador, através do qual a equipa cirúrgica pode validar, numa sequência de atividades, o modo de assegurar cuidados seguros perioperatórios sistemáticos e, desta forma, minimi-

zar os riscos de ocorrência de incidentes. Com a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, os profissionais podem, assim, determinar um momento operacional onde se centram na execução da sua prática profissional.

É de referir que a Organização Mundial da Saúde identificou três momentos-chave para a equipa utilizar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes do doente sair da sala de operações.

A Organização Mundial de Saúde recomenda, ainda, que sejam estabelecidas e desenvolvidas rotinas de vigilância da capacidade cirúrgica, do seu volume e dos seus resultados, monitorizando-se e avaliando-se a segurança cirúrgica e indica um conjunto de estatísticas de nível básico, intermédio ou avançado, que podem ser adotadas de acordo com a maturidade dos sistemas de informação existentes.

A Direção-Geral da Saúde emitiu normas que visam reforçar a adoção das orientações da Organização Mundial de Saúde para a segurança cirúrgica, como o padrão mínimo de qualidade clínica, disponibilizando a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, o Índice de *Appar* Cirúrgico, o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e as Orientações para a Cirurgia Segura.

A Direção-Geral da Saúde recomendou, portanto, que os hospitais devem desenvolver estratégias de dinamização, de melhoria do trabalho em equipa e da comunicação das equipas cirúrgicas, devendo assegurar a realização de auditorias internas de acompanhamento e avaliação.

No entanto, apesar do Serviço Nacional de Saúde não dispor, ainda, de evidência robusta sobre o nível de segurança cirúrgica dos blocos operatórios, pode constatar-se, pelo diagnóstico de situação realizado no âmbito dos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015, que a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica nos hospitais é de cerca de 20%.

Na verdade, os dados nacionais existentes, por não estarem agregados, devido a constrangimentos informáticos, dificultam a caracterização objetiva da realidade nacional, impossibilitando o retorno fidedigno

da informação aos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde.

Por outro lado, tem-se constatado uma baixa adesão a este projeto por parte de alguns hospitais, o que reflete que não o têm encarado como uma prioridade nacional. Refira-se, a título de exemplo, que no 1.º semestre de 2014 apenas seis das 47 entidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde com valências cirúrgicas e uma entidade convencionada enviaram, à Direção-Geral da Saúde, relatório da monitorização da implementação do projeto “Cirurgia Segura Salva Vidas”.

A monitorização e avaliação da implementação deste objetivo estratégico assenta em indicadores de processo e de resultado definidos pelo Ministério da Saúde, sendo obrigatório, em todos os procedimentos cirúrgicos, o registo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e do *Appar* Cirúrgico nos sistemas de informação locais.

Os hospitais devem, ainda, reportar semestralmente à Direção-Geral da Saúde a taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, a taxa de infeção do local cirúrgico, bem como as taxas de incidentes cirúrgicos com dano, ou seja, aquelas relativas às cirurgias realizadas ao lado cirúrgico errado, ao procedimento ou ao doente errados, ou em que tenha ocorrido retenção de objetos estranhos no local cirúrgico ou, ainda, em caso de morte intraoperatória.

A taxa de registo de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é um indicador da segurança cirúrgica que deve integrar, sempre, os contratos programa das organizações hospitalares.

Metas para o final de 2020:

- 1) Utilizar em 95% das cirurgias a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.
- 2) Reduzir a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica em 5% face ao ano anterior.
- 3) Reduzir anualmente em 1% a taxa de incidentes cirúrgicos inadmissíveis.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Disponibilizar o sistema de registo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em todos os blocos operatórios. Registar a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.	X	X	X	X	X	X	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Auditar, mensalmente, a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em, pelo menos, 10% do total de cirurgias efetuadas no mês homólogo ao ano anterior.	X	X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Incluir a taxa de registo de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica institucional nos contratos programa		X	X	X	X	X	Administração Central do Sistema de Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

AUMENTAR A SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO

A toma de medicamentos, prescritos pelo médico ou em automedicação, é um ato comum no quotidiano da população.

A literatura internacional refere que 82% da população adulta toma, pelo menos, um medicamento e 29% toma cinco ou mais medicamentos. Estima-se, ainda, que ocorram, anualmente, inúmeras consultas em serviços de urgência devido a incidentes relacionados com a medicação, com elevados custos financeiros decorrentes de incidentes com medicamentos.

A polimedicação é, portanto, uma realidade frequente na sociedade dos nossos dias, resultado da presença de inúmeras comorbilidades associadas à doença crónica, em especial no doente idoso.

O medicamento, apesar do fim a que se destina ser benéfico, pode apresentar efeitos colaterais ou reações intermedicamentosas, existindo, ainda, probabilidade acrescida de ocorrência de incidentes.

A Organização Mundial de Saúde estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde.

A abordagem internacional defendida para uma utilização segura do medicamento exige uma diminuição da prevalência dos incidentes, através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais envolvidos e da população em geral, quer das instituições, direta ou indiretamente, envolvidas.

De facto, pretende-se que o medicamento correto seja administrado ao doente correto, na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se verificarem sejam os previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar.

Se por um lado as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica, por outro, os cidadãos devem ser ativamente envolvidos na utilização da medicação e os profissionais devem assegurar a reconciliação da terapêutica nos momentos de transferência e de transição de cuidados do doente.

As instituições devem implementar especificamente estratégias que assegurem o uso seguro dos medicamentos de alto risco, ou seja, aqueles medicamentos que têm um risco potencial de causar danos graves ou até mesmo fatais no curso da sua utilização, bem como dos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, conhecidos como medicamentos “Look-alike” e “Sound-alike” ou simplesmente medicamentos LASA.

Estimulando a adesão dos profissionais e cidadãos à notificação de incidentes e de reações adversas a medicamentos, a instituição está indiretamente a impulsionar a utilização segura da medicação.

Em Portugal, tanto os profissionais como o cidadão podem reportar, em portais disponíveis *online*, as reações adversas a medicamentos (Portal RAM, disponível em www.infarmed.pt) e os incidentes (Notific@, disponível em www.dgs.pt) que ocorram numa instituição de saúde e que envolvam a medicação.

De acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 13% do total de incidentes notificados são incidentes de medicação.

Apesar de disponibilizada informação a profissionais de saúde e ao cidadão sobre o medicamento e a sua correta utilização, é necessário reforçar as orientações nacionais para as instituições prestadoras de cuidados de saúde. Existe, ainda, a necessidade de garantir a adequada comunicação entre os sistemas de informação, para que, nos momentos das transições e transferências de cuidados, seja reforçada a comunicação eficaz de informação sobre a medicação do doente, apoiando o profissional de saúde na reconciliação terapêutica.

A reconciliação terapêutica é um processo de verificação da lista completa da medicação de cada doente, que deverá ser realizada sempre que existe uma nova prescrição de medicação, através da confrontação da prescrição atual de medicamentos face à já existente. Sempre que houver discrepâncias, estas devem ser discutidas entre os médicos prescritores, de forma que seja selecionada a medicação mais adequada à situação clínica do doente. Todas as alterações efetuadas devem ser devidamente registadas no processo do doente.

A Organização Mundial da Saúde recomenda a reconciliação terapêutica nas admissões, nas transferências entre serviços e nas altas,

ou seja, nestes momentos, a lista completa da medicação do doente, com denominação, dose, frequência e via de administração, deve ser sempre revista.

A reconciliação terapêutica permite reduzir a omissão, a duplicação ou a prescrição incorreta de medicação nas transições e transferências de cuidados e, reduzir, assim, os incidentes com medicação.

As instituições prestadoras de cuidados de saúde, para além de implementarem as boas práticas emanadas pela Direção-Geral da Saúde, devem, igualmente, assegurar auditorias internas aos procedimentos, reportando periodicamente à Direção-Geral da Saúde, os resultados dessas auditorias.

Neste objetivo estratégico, os responsáveis locais pela segurança na utilização da medicação são as direções clínicas, os conselhos clínicos e de saúde, as comissões da qualidade e segurança, os médicos, os enfermeiros, os farmacêuticos, os técnicos de farmácia, os assistentes operacionais e, ainda, o doente e o cuidador.

Metas para o final de 2020:

1) 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementou práticas seguras de medicação de acordo com os normativos nacionais.

2) Reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de ocorrências relacionadas com erro de medicação nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsáveis
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Publicar normas sobre práticas seguras da medicação	X	X					Direção-Geral da Saúde
Desenvolver sistema de informação para a reconciliação terapêutica das instituições do Serviço Nacional de Saúde.	X	X	X				Direção-Geral da Saúde Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Implementar a intercomunicação entre o Portal das Reações Adversas a Medicamentos e o Notific@.	X	X					Direção-Geral da Saúde INFARMED Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.	X	X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco.		X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Implementar práticas seguras no âmbito da reconciliação terapêutica.				X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Assegurar informatização de sistema de alertas para reações medicamentosas.	X		X		X		Serviços Partilhados do Ministério da Saúde INFARMED
Auditar, semestralmente, as práticas seguras da medicação		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

ASSEGURAR A IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DOS DOENTES

O elevado número de doentes e de profissionais da saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde e a necessidade de resposta imediata às situações agudas ou de crise, como as de urgência ou emergência, potenciam a probabilidade de ocorrência de incidentes relacionados com a identificação dos doentes.

A literatura internacional e os sistemas de notificação de incidentes de segurança atestam que a identificação incorreta do doente pode resultar na troca de tratamentos invasivos ou potencialmente perigosos, como são exemplos a troca de medicação, de transfusões de sangue, de análises clínicas e de intervenções cirúrgicas.

De facto, nos serviços prestadores de cuidados de saúde, a identidade dos doentes deve ser sempre confirmada através de dados fidedignos, como é o caso do nome, da data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição, sendo prática segura o recurso a, pelo menos, dois destes dados. O número do quarto ou da cama de um

doente internado não pode ser considerado um dado de identificação fidedigno.

A identificação inequívoca do doente deve, sempre, ocorrer antes de qualquer intervenção, quer ela diga respeito ao diagnóstico, ao tratamento ou à prestação de serviços de apoio. Mas a identificação inequívoca do doente deve ir mais longe e assegurar, igualmente, a correta correspondência da intervenção a realizar com o doente. Deve ocorrer, por exemplo, antes da realização de exames radiológicos, da administração de medicamentos, sangue ou componentes do sangue, antes da colheita de sangue ou de outros espécimes para análise, antes de tratamentos oncológicos ou de qualquer ato cirúrgico, bem como antes da prestação de um serviço de apoio, como é o caso de servir uma refeição. Assim, deve também ser verificada a correta correspondência do doente com a rotulagem de medicamentos, recipientes e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Quando a instituição prestadora de cuidados de saúde utiliza a pulseira como meio de identificação do doente, esta deve ser consultada antes de qualquer procedimento, sendo necessário que haja uma validação dos dados do doente aí inscritos antes da sua colocação.

Quanto mais graves puderem vir a ser as consequências para o doente relativamente a uma identificação equivocada, mais normalizados devem ser os procedimentos internos a realizar. Por exemplo, nas transfusões de sangue, deve ser verificada tanto a dispensa correta de sangue com a requisição do doente, como a correspondência do tipo de sangue com o do doente. Além disso, a verificação do procedimento deve ser realizada por duas pessoas ou então utilizar-se um sistema informático que assegure a correta identificação através da leitura de códigos de barras no dispositivo eletrónico de identificação do doente.

A prestação segura de cuidados de saúde fica comprometida caso a identificação correta do doente ou a correspondência deste ao ato a que é submetido não sejam devidamente realizados. Por esta razão, várias têm sido as organizações internacionais a apelar para que os países desenvolvam estratégias que minimizem os riscos inerentes à identificação dos doentes.

A Organização Mundial de Saúde recomenda que sejam adotadas estratégias nacionais que promovam a normalização de boas práticas nesta área, nomeadamente a utilização de sistemas com códigos de barras ou utilização de pulseiras de identificação de doentes e, ainda, que seja providenciada informação e formação específica tanto aos profissionais de saúde, como ao cidadão em geral.

As instituições devem implementar e auditar com regularidade as boas práticas e os protocolos internos que assegurem a identificação inequívoca do doente e a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar.

No âmbito do diagnóstico de situação realizado nos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015, verificou-se que as entidades prestadoras de cuidados de saúde realizam, em média, 8 auditorias internas/ano às práticas de identificação inequívoca do doente.

Por outro lado, é fundamental que existam notificações dos incidentes que ocorram na instituição e que esta seja capaz de responder de forma rápida e estruturada por forma a evitar a sua repetição. Devem ainda ser elaborados ou revistos com regularidade, os procedimentos internos relativos à identificação do doente nos processos de passagem de turno, transferência ou altas dos doentes.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde recomendou às instituições prestadoras de cuidados de saúde os mecanismos e procedimentos a adotar para a identificação inequívoca dos doentes. Para que esta prática seja implementada de forma generalizada a nível nacional é necessário que sejam empreendidas as seguintes ações:

Metas para o final de 2020:

95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas seguras da identificação dos doentes.

Na persecução desta meta, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Implementar práticas seguras no âmbito da verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar.	X						Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Audit, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a colheita de sangue ou outros espécimes para análise e a identificação correta do doente na rotulagem.		X					Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Audit, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de sangue e seus componentes e a identificação correta do doente na rotulagem.			X				Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Audit, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de medicamentos.				X			Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Audit, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de tratamentos oncológicos.					X		Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

PREVENIR A OCORRÊNCIA DE QUEDAS

As quedas ocorrem devido à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo. Ocorrem em todas as faixas etárias, contudo, é na população mais idosa que a prevalência do risco de queda e os danos daí resultantes têm sido maiores.

As quedas estão na origem de uma significativa morbilidade ou mortalidade, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar. O seu impacto pode ser enorme e com consequências pessoais, familiares e sociais, para além das implicações financeiras para os serviços de saúde.

As quedas representam, portanto, um grave problema de saúde pública e requerem, na maioria das vezes, cuidados médicos. A literatura internacional refere que as quedas são a causa subjacente de cerca de 10 a 15% de todos os episódios que ocorrem aos serviços de urgência. A maioria dos diagnósticos relacionados com quedas nas admissões hospitalares são as fraturas da anca, os traumatismos cranianos e as lesões dos membros superiores. Estima-se, ainda, que a estadia hospitalar varie entre quatro a 15 dias e que cerca de 20% da população idosa com fratura da anca provocada por uma queda, morra após um ano.

As quedas têm, assim, um pesado impacto económico nas famílias, na comunidade e na sociedade. O seu impacto financeiro nos sistemas de saúde está a aumentar em todo o mundo. Em 2006, estimava-se que o custo médio por cada episódio de queda com dano, envolvendo uma pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, era de cerca de 2 900 euros.

As quedas podem, também, originar estados de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que conduzem a restrições variadas nas atividades do dia-a-dia.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade. Refere, ainda, que a prevalência de quedas na população residente em lares é superior àquela que vive na comunidade. Entre 30 a 50% da população residente em instituições de cuidados continuados de longa duração sofre uma queda por ano e cerca de 40% experência mais do que uma queda.

Em Portugal, de acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 21% do total de incidentes notificados são incidentes relacionados com quedas.

Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde, os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais e refletem a multiplicidade de determinantes da saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem-estar. Estes fatores podem ser biológicos, como é o caso da idade e condições de saúde agudas ou crónicas, comportamentais, socioeconómicos, como é o caso do isolamento social, fraca rede de apoio social, baixos rendimentos e, por último, ambientais, como é o caso, nomeadamente, dos perigos existentes no ambiente envolvente, na inexistência de estruturas de apoio à mobilidade ou nas barreiras à mobilidade no espaço físico.

Quanto mais fatores de risco uma pessoa tiver, maior é o risco de queda. Alguns fatores de risco podem ser alterados, mas nem todos podem ser eliminados.

O envelhecimento da população é uma realidade nacional, o que faz prever que esta problemática se venha a acentuar.

A estratégia de intervenção que deve ser adotada consiste na prevenção de quedas, designadamente na avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência, investindo-se, assim, na melhoria da qualidade de vida dos doentes e, simultaneamente, na redução dos custos para a sociedade em geral e o sistema de saúde em particular.

A prevenção de quedas deve incluir a avaliação dos fatores de risco multifatoriais, a comunicação e a educação sobre o risco de quedas, a implementação de medidas ou ações preventivas e/ou corretoras do ponto de vista institucional e a execução de intervenções individualizadas.

De facto, deve haver uma avaliação dos fatores de risco de todos os cidadãos no momento de entrada em serviços prestadores de cuidados de saúde, sempre que seja clinicamente indicado, após qualquer alteração notória dos fatores de risco e após uma queda. É, também, necessário que o resultado dessa avaliação seja comunicado à própria pessoa, à família e à equipa prestadora de cuidados de saúde e que os doentes sejam educados/habilitados sobre as melhores ações/estratégias a serem implementadas na prevenção das quedas. As ações preventivas devem ser asseguradas sempre que ocorra transferência do doente para outro local de permanência, seja outro serviço, outra instituição ou a sua própria residência.

As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem desenvolver planos para a gestão da prevenção das quedas, investigar as causas das que ocorrem na instituição e realizar auditorias internas regulares, para identificar os fatores contribuintes e prevenir a recorrência das mesmas.

As intervenções individualizadas devem ser realizadas em relação aos doentes com maior risco de quedas.

Em Portugal, não existe uma política nacional consensualizada de intervenção nesta matéria, realidade esta que urge rapidamente mudar. A Direção-Geral da Saúde deve emitir orientações nacionais nesta área e as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementá-las de forma sistemática e reportar com regularidade a monitorização dessa implementação.

Metas para o final de 2020:

1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas.

2) Reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de quedas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Publicar norma sobre a prevenção e redução da ocorrência de quedas.		X					Direção-Geral da Saúde
Implementar estratégia de intervenção para a prevenção e redução de quedas.			X	X			Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, as práticas para a prevenção e redução de quedas.			X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7

PREVENIR A OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

As úlceras de pressão são um problema de saúde pública mundial e um indicador da qualidade dos cuidados prestados.

As úlceras de pressão, em particular, e as feridas crónicas, em geral, causam sofrimento, aumentam a prevalência de infeções, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, levar à morte.

Para além do impacto na qualidade de vida das pessoas, as úlceras de pressão estão na origem do aumento de dias de internamento e de readmissões hospitalares e, por conseguinte, do aumento dos encargos para os serviços de saúde.

As úlceras de pressão podem ocorrer não só em doentes geriátricos, mas em todos os doentes com algum ou todos os fatores de risco associados. Estes fatores não se limitam à imobilidade, frequentemente associada à permanência numa cama hospitalar, mas incluem fatores como o estado nutricional, a integridade da pele, a idade e o nível de oxigenação do sangue. Uma úlcera de pressão pode começar a desenvolver-se em qualquer contexto assistencial, incluindo num bloco operatório ou numa unidade de cuidados intensivos.

Apesar da evidência internacional indicar que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco, é reconhecido que a utilização dessas práticas não é sistemática nas unidades prestadoras de cuidados de saúde.

De acordo com o *International Pressure Ulcer Prevalence Survey* realizado em 2011, um em cada dez doentes em hospital de agudos desenvolve uma úlcera de pressão. Em unidades de cuidados continuados, o risco aumenta para cerca de um em cada quatro doentes. Neste estudo, a taxa de prevalência global de úlceras de pressão foi de 10,8% e a taxa de prevalência de úlceras associadas aos cuidados de saúde hospitalares foi de 4,5%. Em unidades de cuidados continuados a taxa de prevalência foi de 8,4%. Verificou-se, igualmente, que em doentes com idade igual ou superior a 80 anos de idade, a taxa de prevalência de úlceras adquiridas em hospital ascendeu a 7,3%, e nos doentes com idade igual ou superior a 90 anos, ascendeu para 9,6%.

De acordo com o *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, verifica-se uma variação entre os 400 euros e os 56 mil euros por tratamento de úlcera. Estes custos não incluem, contudo, os custos humanos relativos à dor, à debilidade, à baixa qualidade de vida e, inclusivamente, à própria ameaça de vida.

A prevenção de úlceras de pressão é um desafio organizacional, pois requer uma abordagem interdisciplinar e adaptada ao risco específico de cada doente, sendo, também, necessário existir uma cultura organizacional que promova o trabalho em equipa e a comunicação eficaz.

De facto, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem ter sistemas e estruturas de governação para a prevenção e a gestão de úlceras de pressão, designadamente, a implementação de procedimentos e protocolos baseados na melhor evidência e a avaliação do risco e sistemas de notificação para identificar, investigar e atuar com prontidão para reduzir a frequência e a severidade das úlceras de pressão. As instituições devem, igualmente, implementar planos de gestão do tratamento da úlcera de pressão e de comunicação/educação ao doente e ao cuidador.

A identificação de fatores de risco deve realizar-se utilizando um dos instrumentos de avaliação recomendados pelas entidades internacionais, como é o caso, entre outras, da escala de *Braden* e da escala de *Norton*.

A regularidade da avaliação da pele está relacionada com o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão no momento da admissão na instituição prestadora de cuidados de saúde, durante a sua estadia e ainda antes da alta.

O risco de desenvolver uma úlcera de pressão deve estar devidamente registado no processo clínico do doente, assim como o seu tratamento.

A informação clínica transmitida nos momentos das mudanças de turno, transferências de cuidados e altas deve ser, regular e internamente, auditada.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde emitiu, em 2011, orientações sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, tendo disponibilizado, para o efeito, a Escala de *Braden*: Versão Adulto e Pediátrica (*Braden Q*), bem como os respetivos critérios de avaliação do risco no adulto e na criança.

É necessário que as instituições realizem, de forma sistemática, a avaliação do risco, a prevenção e o tratamento das úlceras de pressão, de acordo com a realidade institucional, e que realizem auditorias internas para assegurar a melhoria contínua destas práticas. Os resultados destas auditorias devem ser reportados à Direção-Geral da Saúde, que deve proceder à revisão das orientações nacionais em vigor.

Metas para o final de 2020:

1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão.

2) Reduzir em 50% face a 2014 o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Publicar Norma	X	X					Direção-Geral da Saúde Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Implementar práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão	X	X	X	X	X	X	
Auditar, semestralmente, as práticas para a avaliação, prevenção e tratamento de úlceras de pressão.		X	X	X	X	X	

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8

ASSEGURAR A PRÁTICA SISTEMÁTICA DE NOTIFICAÇÃO, ANÁLISE E PREVENÇÃO DE INCIDENTES

A Organização Mundial de Saúde e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança, independentes dos sistemas de reclamações e ou disciplinares, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria. Recomendam, ainda, que seja garantida a confidencialidade ao notificador e o anonimato da informação notificada e reportada.

A notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro.

Contudo, outras estratégias, como reuniões com profissionais de saúde ou com os doentes e familiares, a análise de registos clínicos, as auditorias internas e os sistemas de alertas de segurança, entre outras iniciativas, devem ser estabelecidas para que as vulnerabilidades da instituição, que poderão dar origem a incidentes de segurança, possam ser proativamente identificadas e minimizadas.

A subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde determina a criação de “um sistema nacional de notificação de incidentes, não punitivo mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro”.

Neste sentido, a Direção-Geral da Saúde tem vindo a desenvolver várias iniciativas de promoção do sistema nacional de notificação de incidentes, lançado em 2012, através da publicação de normas e orientações, de manuais de apoio para os profissionais de saúde e para o cidadão e publicação de *newsletters* com reporte do progresso do sistema.

O sistema de notificação de incidentes de segurança é designado, atualmente, por “notific@”, tendo sido requalificado em 2014, através da integração de melhorias na sua estrutura e na organização de conteúdos.

O apoio à notificação por parte dos dirigentes das instituições prestadoras de cuidados de saúde, reforçando o propósito da aprendizagem organizacional com os incidentes em detrimento da identificação da autoria desses incidentes, é fundamental para aumentar a segurança dos doentes. Só assim cada instituição pode desenhar um plano interno dos riscos clínicos e não clínicos existentes que permita implementar medidas preventivas de ocorrência de incidentes de segurança.

Do mesmo modo, é fundamental que seja dada informação de retorno ao notificador sobre a análise da notificação realizada e a descrição da implementação das respetivas medidas corretoras levadas a cabo, para que a causa que motivou o incidente não se volte a repetir. Estas medidas, por uma questão de transparência e de aumento de confiança nos serviços de saúde, devem ter visibilidade pública.

Metas para 2020:

Aumentar, em 20%/ano, o n.º de notificação de incidentes de segurança no notific@.

Na persecução desta meta, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Promover a adesão dos profissionais à notificação de incidentes no Notific@.	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Analisar as causas dos incidentes	X	X	X	X	X	X	
Implementar medidas preventivas de recorrência de incidentes	X	X	X	X	X	X	
Auditar, semestralmente, as práticas realizadas na análise de incidentes.		X		X		X	

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9

PREVENIR E CONTROLAR AS INFECÇÕES E AS RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS

As infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbilidade e mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. No entanto, cerca de um terço são, seguramente, evitáveis.

O controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde está associado à prevenção da resistência aos antimicrobianos. Os antimicrobianos revolucionaram, a partir da década de 40, o tratamento dos doentes com infeções, contribuindo, significativamente, para a redução da mortalidade. Contudo, o seu uso maciço, e frequentemente inadequado,

promoveu a emergência e seleção de bactérias resistentes e multiresistentes, existindo evidência de associação, consistente e estatisticamente relevante, entre o nível de consumo de classes específicas de antibióticos e a resistência bacteriana a essas mesmas classes. É crescente, a nível mundial, a resistência aos antimicrobianos, existindo bactérias apenas suscetíveis a poucos antibióticos e, como tal, causadoras de infeções de tratamento extremamente difícil.

Assim, o antibiótico, essencial para a realização, em segurança, de muitas intervenções e processos de saúde e determinante do aumento da esperança de vida verificado na segunda metade do século XX, passou a estar ameaçado de perda de eficácia. Há que reduzir a pressão antibiótica, prevenindo todas as infeções evitáveis, não usando antibióticos quando não existe infeção bacteriana e reduzindo a duração da terapêutica ao mínimo indispensável para curar a infeção e evitar a recidiva.

De acordo com os dados de vigilância epidemiológica da European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net), Portugal apresenta uma taxa elevada de resistência bacteriana aos antimicrobianos, e encontra-se também entre os países europeus com a taxa mais elevada de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina, de *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina e de *Acinetobacter* com resistência combinada a antimicrobianos. Nos países do leste e sul da Europa, incluindo Portugal, é crescente a resistência de *Klebsiella spp* a cefalosporinas de terceira geração e de *Escherichia coli* a quinolonas.

A taxa de *Enterobacteriaceae* resistente a carbapenems é ainda baixa em Portugal, mas preocupantemente crescente, como decorre dos dados da EARS-Net e também do estudo de prevalência 2011-2012.

De acordo com os dados do diagnóstico de situação realizado nos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015, verifica-se, em 2014, uma percentagem média nacional de doentes com colonização ou infeção por microrganismo problema ou alerta de cerca de 1,3%.

Portugal apresenta evidentes dismorfias no que diz respeito ao consumo de antimicrobianos, designadamente um consumo excessivo de quinolonas na comunidade, um elevado consumo hospitalar de carbapenems, uma excessiva duração da profilaxia antibiótica cirúrgica e, provavelmente, uma excessiva prescrição e duração de terapêutica antimicrobiana.

A taxa de infeção hospitalar em Portugal é mais elevada do que a média europeia e há infeções do local cirúrgico, como a cesariana e a infeção do local cirúrgico associada a cirurgia da vesícula biliar que apresentam tendência crescente.

A taxa de infeção e o uso de antimicrobianos em unidades de cuidados continuados são elevados, nomeadamente a taxa de infeção e o uso de antibióticos associados a lesões da pele e tecidos moles e à presunção do diagnóstico de infeção urinária.

A adesão dos hospitais portugueses à vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde é ainda pouco significativa, sobretudo em termos de vigilância de infeção do local cirúrgico.

Na realidade, controlo de infeção e prevenção de resistências aos antimicrobianos são duas faces da mesma moeda, com estratégias de

intervenção comuns e/ou complementares, o que justificou, em 2013, a fusão do programa da prevenção e do controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e do programa da prevenção das resistências aos antibióticos, no Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, conforme Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro.

Os objetivos gerais deste Programa prioritário são a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, objetivos estes que decorrem das recomendações dos organismos internacionais de referência, como é o caso da Organização Mundial de Saúde e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. O Despacho n.º 15423/2013, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, vem determinar a estrutura orgânica deste Programa, a nível central, regional e local, bem como as respetivas competências, expressando a estratégia global de intervenção que visa envolver os vários níveis de prestação.

Das estratégias específicas de intervenção adotadas pelo Programa destacam-se a informação/educação dos profissionais e cidadãos, a vigilância epidemiológica das infeções, da resistência aos antimicrobianos e do consumo de antibióticos e a normalização das estruturas e dos procedimentos e práticas clínicas. Neste âmbito, têm sido publicadas, pela Direção-Geral da Saúde, várias Normas e Orientações, nomeadamente sobre vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos, sobre a duração da terapêutica antibiótica, sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico e sobre precauções básicas do controlo da infeção.

Metas para o final de 2020:

- 1) Atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%.
- 2) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos.
- 3) Atingir uma taxa de MRSA de 20%.
- 4) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenems.
- 5) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de quinolonas.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Monitorizar as infeções associadas a cuidados de saúde, o consumo de antibióticos em ambulatório e em meio hospitalar e a resistência a antibióticos.	X	X	X	X	X	X	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
Reportar anualmente à Direção-Geral da Saúde os resultados das monitorizações realizadas.	X	X	X	X	X	X	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

208415077

Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

Aviso n.º 1572-A/2015

Nos termos e para os efeitos do artigo 30.º da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de janeiro, alterada e republicada pela Portaria n.º 145-A/2011, de 6 de abril, informam-se os candidatos aos procedimentos concursais publicados através do aviso n.º 11565/2014, no D.R., 2.ª série, n.º 201, de 17 de outubro (Ref.º 2014/G1 a 2014/G10), que foram notificados

por e-mail das deliberações do júri na fase de audiência de interessados, nos termos do Código do Procedimento Administrativo, estando as listas definitivas de candidatos admitidos e excluídos publicitadas em www.ina.pt/acss.

Mais se informa que os candidatos admitidos foram notificados para a realização do método de seleção prova de conhecimentos.

9 de fevereiro de 2015. — O Presidente do Conselho Diretivo, Rui Santos Ivo.

208428312

II SÉRIE



DIÁRIO DA REPÚBLICA

Depósito legal n.º 8815/85

ISSN 0870-9963

Diário da República Eletrónico:

Endereço Internet: <http://dre.pt>

Contactos:

Correio eletrónico: dre@incm.pt

Tel.: 21 781 0870

Fax: 21 394 5750

ANEXO II

Orientação da Direcção-Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão
Adulto e Pediátrica (Braden Q)

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura George

Digitally signed by Francisco
Henrique Moura George
DN: c=PT, o=Ministério da Saúde,
ou=Direção-Geral da Saúde,
cn=Francisco Henrique Moura
George
Date: 2011.05.19 16:32:37 +01:00

111
anos
1918-2011



NÚMERO: 017/2011

DATA: 19/05/2011

ASSUNTO: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)
PALAVRAS-CHAVE: Úlceras de Pressão
PARA: Médicos e Enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de dezembro, emite-se a Orientação seguinte:

1. Deve proceder-se à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente.
2. A aplicação da Escala de Braden no domicílio deve ser realizada durante a primeira visita domiciliária.
3. Os instrumentos validados em Portugal para a avaliação do risco no adulto são a Escala de Braden¹ (Anexo I) e o instrumento da avaliação da pele (Anexo II).
4. Na criança é utilizada a Escala de Braden Q² (Anexo III) e o instrumento de avaliação da pele (Anexo II).
5. Os resultados obtidos através da aplicação da Escala devem ser registados no processo clínico.
6. A avaliação clínica complementa, obrigatoriamente, os instrumentos referidos anteriormente.
7. O risco de desenvolvimento de úlcera de pressão deve ser reavaliado periodicamente, de acordo com a seguinte tabela:

Períodos recomendados de reavaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, com a utilização da Escala de Braden (versão adulto) e Braden Q (versão pediátrica)

Internamentos Hospitalares	Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos	Unidades de Cuidados Continuados e Paliativos	Cuidados Domiciliários	Doentes que não permaneçam mais de 48 no serviço
48/48 Horas	24/24 Horas	48/48 Horas	Semanalmente	Apenas se existir alguma intercorrência

8. Os doentes em que foi aplicada a Escala de Braden devem ser estratificados nas categorias de baixo e alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão (Anexo IV).
9. A presente Orientação revoga a Circular Informativa da Direção-Geral da Saúde, n.º 35/DSQC/DSC de 12/12/2008, sobre avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden.

CRITÉRIOS

1. São critérios de aplicação da Escala de Braden e Braden Q:
 - a) Doentes com idade superior a 18 anos - Escala de Braden;
 - b) Doentes com idades compreendidas entre os 21 dias de vida e os 18 anos de idade - Escala de Braden Q.

2. São critérios de exclusão da aplicação da Escala de Braden:
 - a) Doentes em situação de assistência ambulatorial ou em qualquer situação em que não está previsto tempo de internamento superior ou igual a 24 horas, a menos que exista mudança do estado clínico do doente;
 - b) Portadores de doença mental;
 - c) Portadores de patologia em que esteja implícito o risco de automutilação.
3. São critérios de estratificação do risco (Anexo IV):

Através da aplicação da Escala de Braden e Braden Q, os doentes devem ser categorizados em dois níveis de risco, em que o ponto de *cut-off*, será 16 e 22 respetivamente, da seguinte forma:

 - a) Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≤ 16 ;
 - b) Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≥ 17 ;
 - c) Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão na criança - valor final < 22
 - d) Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão na criança - valor final ≥ 22 .

FUNDAMENTAÇÃO

As úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Causam sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores^{3,4}, podendo levar à morte. Constituem um problema recorrente em Portugal.

Estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. O conhecimento da etiologia e fatores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção⁵.

A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento.

O registo e a caracterização das úlceras de pressão são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados aos doentes, uma vez que permitem estabelecer corretamente medidas de tratamento e melhorias nos cuidados aos doentes.

Os dados epidemiológicos portugueses mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de úlceras de pressão é de cerca de 11,5%. Estratificando por serviços específicos, como os serviços de Medicina, a prevalência média sobe para 17,5%¹.

Os doentes com úlcera de pressão, têm um maior número de dias de internamento e readmissões, o que se traduz em maiores encargos financeiros para o Serviço Nacional de Saúde^{6,7,8}.

APOIO CIENTÍFICO

Ana Cristina Costa, Aníbal Justiniano, Cristina Miguéns, Laurinda Miranda, Teresa Garcia, Paulo Alves, Pedro Lopes Ferreira, Pedro Pacheco, Rosa Maria Nascimento, Rosa Maria Ribeiro

BIBLIOGRAFIA

¹ Ferreira, Pedro; Miguéns, Cristina; Gouveia, João; Furtado, Kátia. Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden. Lusodidacta. 2007

² Miguéns C, Ferreira PL. Avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão na população pediátrica: validação da versão portuguesa da Escala de Braden Q. *Nursing* 2009 Jun;21:12-6

³ Russo CA, Elixhauser A. Hospitalizations related to pressure sores. Statistical Brief #3. AHRQ Healthcare cost and utilization project. April 2006. Disponível em: www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb3.pdf. Acesso a 24/01/2007.

⁴ Vangilder C, Macfarlane GD, Meyer S. Results of nine international pressure ulcer surveys: 1989 to 2005. *Ostomy Wound Management* 2008 54(2): 40-54

⁵ National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice Guidelines*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

⁶ Allman RM, Goode PS, Burst N, Bartolucci AA, Thomas DR. Pressure Ulcers, hospital complications and disease severity: impact on hospital costs and length of stay. *Advanced Wound Care*. 1999;12:22-30.

⁷ Ducker A. Pressure ulcers: assessment, prevention and compliance. *Case manager*. 2002; 12 (4):61-65.

⁸ Strausberg J, Kroger K, Maier I, Schneider H, Niebel W. Interdisciplinary Decubitus Project. Pressure ulcers in secondary care: incidence, prevalence and relevance. *Advanced Skin Wound Care*. 2005, Apr;18 (3):140-5

Francisco George

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXO I

Escala de Braden - Adulto

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO										
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____						
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____						
Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta dificuldades sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.						
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.						
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de mudar suavemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.						
Mobilidade Capacidade de alisar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. ligeiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.						
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.						
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Equilibrado, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.							
<p>Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p> <p>© Copyright Barbara Braden, and Nancy Bergstrom, 1989; Versão Portuguesa 2001, Carlos Magalhães, Cristina Magalhães, Pedro Femeix, João Gomes, Célia Furtado Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CESUC)</p>					<p>Pontuação total</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					

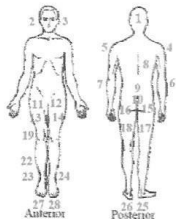
ANEXO II – Instrumento de Avaliação da Pele

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE

Nome _____ Idade _____ Serviço _____

Data da observação ____/____/____

Local avaliado	Tamanho	Condição da pele Profundidade	Estadio
1. Face posterior da cabeça			
2. Orelha direita			
3. Orelha esquerda			
4. Ombro direito			
5. Ombro esquerdo			
6. Cotovelo direito			
7. Cotovelo esquerdo			
8. Vértex (superior médio)			
9. Sacro			
10. Cóccix			
11. Crista ilíaca direita			
12. Crista ilíaca esquerda			
13. Trocânter direito (anca)			
14. Trocânter esquerdo (anca)			
15. Tuberosidade isquiótica direita			
16. Tuberosidade isquiótica esquerda			
17. Coxa direita			
18. Coxa esquerda			
19. Joelho direito			
20. Joelho esquerdo			
21. Perna direita			
22. Perna esquerda			
23. Tornozelo direito			
24. Tornozelo esquerdo			
25. Calcâneo direito			
26. Calcâneo esquerdo			
27. Dedos do pé direito			
28. Dedos do pé esquerdo			
29. Outro (especificar)			



Anterior Posterior

Grav I – Eritema cutâneo / hiperémia não reversível ao alívio da pressão; precursor da ulceração da pele.

Grav II – Perda parcial da espessura da pele que pode afectar a epiderme e/ou a derme. A nácula é uma lesão superficial que pode ter aspecto de escorção, fissura ou pequena cratera.

Grav III – Perda total da pele com lesão ou necrose do tecido subcutâneo, podendo estender-se mais e afectar a camada subadipocênica.

Grav IV – Lesão em toda a espessura da pele com destruição massiva, necrose tecidual ou danos irreversíveis, ósseos ou de elementos de suporte (tendões, cápsula articular, etc.). Estas lesões podem apresentar trajectos sinuosos e socavados.

Nota: De acordo com as *Guidelines* de prevenção e tratamento das úlceras de pressão, a terminologia alterou de grau para categoria⁵.

ANEXO III

Escala de Braden Q - Pediátrica

ESCALA DE BRADEN (CRIANÇAS) PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Intensidade e duração da pressão					Pontos
MOBILIDADE Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado. Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada. Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de se virar sozinho.	3. Ligeiramente limitada. Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação. Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
ACTIVIDADE Nível de actividade física	1. Acamado. O doente está confinado à cama.	2. Sentado. Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Andar ocasionalmente. Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Todos os doentes demorados jovens para deambular OU caminhar frequentemente; caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas, durante o tempo em que está acordado.	
PERCEÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de uma forma adequada em termos de desenvolvimento ao desconforto relacionado com a pressão	1. Completamente limitada. Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada. Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada. Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação. Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Tolerância da pele e estruturas de apoio					
HUMIDADE Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida. A pele mantém-se sempre húmida devido a suor, urina, fezes, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida. A pele está frequentemente húmida, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos de 8 em 8 horas.	3. Pele ocasionalmente húmida. A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança dos lençóis de 12 em 12 horas.	4. Pele raramente húmida. A pele está geralmente seca; os lençóis só requerem uma mudança a cada 24 horas.	
FORÇAS DE FRIÇÃO E DESLIZAMENTO Fricção: ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio. Deslizamento: ocorre quando a pele e a superfície sobre a qual se encontra deslizam uma contra a outra.	1. Problema significativo. Espasticidade, contracturas ou rigidez leva a um quase constante movimento e fricção.	2. Problema. Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda manual.	3. Problema potencial. Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima, é possível que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoio ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	4. Nenhum problema. É possível levantar completamente o doente durante um posicionamento; move-se na cama e cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante o posicionamento. Mantém sempre uma boa posição na cama ou cadeira, em todas as situações.	
NUTRIÇÃO Padrões usuais de alimentação	1. Muito pobre. Está em jejum e/ou a dieta líquida, ou EV por mais de 5 dias OU Albumina < 2,5 mg/dl OU Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 2 refeições de carne ou laticínios. Ingere poucas líquidos. Não toma suplemento dietético.	2. Inadequada. Encontra-se em dieta líquida ou alimentação por SNG/nutrição parentérica, que fornece calorias e minerais inadequados para a idade OU Albumina < 3 mg/dl OU raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/3 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.	3. Adequada. Encontra-se a ser alimentado por SNG ou nutrição parentérica, o que fornece calorias e minerais adequados para a idade OU come mais de metade da maior parte das refeições. Come um total de 4 refeições diárias de proteínas (carne, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento dietético caso lhe seja oferecido.	4. Excelente. Encontra-se numa dieta que fornece calorias adequadas à idade. Por exemplo: come/ bebe a maioria das refeições/dietas. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne ou laticínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
PERFUSÃO TISSIDULAR E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometido. Hipotensão (TA média < 50 mmHg; < 40 mmHg num recém-nascido) OU o doente não tolera fisiologicamente mudanças de posição.	2. Comprometido. Hemotóxico. A saturação de oxigénio pode ser < 95% OU a hemoglobina pode ser < 10 mg/dl OU o reenchimento capilar pode ser > 2 segundos; Ph sérico < 7,40.	3. Adequado. Hemotóxico. A saturação de oxigénio pode ser < 95% OU a hemoglobina pode ser < 10 mg/dl OU o reenchimento capilar pode ser > 2 segundos; Ph sérico normal.	4. Excelente. Hemotóxico. A saturação de oxigénio > 95%; Hemoglobina normal; o reenchimento capilar < 2 segundos.	
Total:					

© 2002, Quigley TM, Carley M, Chikara Hospital, Boston
Versão Portuguesa 2002, Cristina Magalhães, João Gonçalves, Maria Furtado, Pedro Ferreira
Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIFF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISAC).

ANEXO IV
Operacionalização da Escala de Braden

1. A Escala de Braden é constituída por seis subescalas.
 - a) As subescalas têm como objetivo a avaliação das seguintes dimensões: Perceção sensorial, Humidade da pele, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Forças de Deslizamento;
 - b) O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão);
 - c) O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 6 e 23.
2. A Escala de Braden Q (Pediátrica) é constituída pelas seis subescalas da Escala de Braden original e uma subescala de perfusão/oxigenação tecidual;
 - a) Tal como referido anteriormente, o valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão);
 - b) O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 7 e 28.
3. Paralelamente à aplicação da Escala de Braden ou Braden Q, é avaliado o estado da pele através do instrumento de avaliação da pele (Anexo II).
4. Devem ser considerados os seguintes níveis de risco:
 - a) Alto risco
 - (i) Existência de alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, por um ou mais que um fator de risco. Deve ser avaliado de acordo com os prazos estipulados anteriormente.
 - (ii) Recomenda-se que cada uma das subescalas deva ser analisada individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma.
 - b) Baixo risco
 - (i) Baixa probabilidade de desenvolvimento de úlceras de pressão nos *scores* de fatores de risco - deverá manter-se uma vigilância de acordo com o indicado anteriormente. O facto de estar categorizado como de baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão não significa que não esteja em risco.
 - (ii) O juízo clínico do profissional deve fazer sempre parte desta avaliação.
5. Deve ser feita a avaliação do estado da pele:
 - a) As características e tipo de alterações relacionadas com a integridade cutânea, devem ser avaliadas com o instrumento da avaliação da pele (Anexo II).
 - b) As úlceras de pressão são classificadas segundo o Sistema de Classificação da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) / *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP)⁵ (Anexo V).
 - c) Este sistema de classificação encontra-se disponível para consulta, nas versões portuguesas, no site da Direção-Geral da Saúde e das sociedades científicas nacionais. Os originais encontram-se disponíveis nos sites da EPUAP e NPUAP.
 - d) Recomenda-se que a avaliação do estado da pele seja realizada durante os cuidados de higiene ou conforto à pele.
6. Devem existir protocolos preventivos, de acordo com a realidade institucional:
 - a) Os protocolos devem ser elaborados por nível de risco ou por subescala afetada.
 - b) É recomendável que, os mesmos, sejam adequados aos *scores* mais baixos por cada subescala.

7. Deve ser feita educação das pessoas em risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e da família/cuidador:
 - a) A educação das pessoas com risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e dos familiares/cuidadores, no que se refere aos cuidados a ter com a prevenção das úlceras de pressão, é prioritária para se reduzir não apenas o aparecimento de novos casos como a gravidade do quadro clínico.
 - b) Deve ser elaborado um manual de apoio ao cuidador/família, de forma a ser dada continuidade a cuidados e ensinamentos previamente estabelecidos e implementados.

ANEXO V

Sistema Classificação da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) / *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP)

1. Definição de úlcera de pressão:
 - a) É uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea.
 - b) Esta lesão é resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e as forças de torção⁵.
2. São categorias das úlceras de pressão:
 - a) Categoria I: Eritema não branqueável
 - (i) Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea.
 - (ii) Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele em redor.
 - (iii) A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente.
 - (iv) A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros.
 - (v) Pode ser indicativo de pessoas "em risco".
 - b) Categoria II: perda parcial da espessura da pele
 - (i) Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo.
 - (ii) Pode também apresentar-se como flitena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático.
 - (iii) Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose.
 - (iv) Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriações.
 - (v) Equimose é indicador de lesão profunda.
 - c) Categoria III: Perda total da espessura da pele
 - (i) Perda total da espessura tecidular.
 - (ii) Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos.
 - (iii) Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados.
 - (iv) Pode induzir lesão cavitária e encapsulamento.
 - (v) A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatómica.
 - (vi) A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser superficial.
 - (vii) Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.
 - d) Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos
 - (i) Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos.
 - (ii) Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou tecido necrótico.
 - (iii) Frequentemente são cavidades e fistulizadas.
 - (iv) A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatómica.

ORIENTAÇÃO

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- (v) Na asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos estas úlceras podem ser superficiais.
- (vi) Uma úlcera de categoria IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fascia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável.

ANEXO III

Autorização de realização do Projeto no SUC



Exma. Senhora
Eunice da Conceição Gatinho Pires
Rua da Carneira, nº 69 – 1º Sul
9500-170 PONTA DELGADA
S. MIGUEL - AÇORES

Assunto: Pedido de autorização para a realização de projeto de estágio no Serviço de Urgência Central (SUC) integrado no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Vimos pela presente informar que, após análise do pedido supra citado, se encontra autorizada a realização do projeto de estágio na área da Prevenção das Úlceras de Pressão no SUC, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, uma vez que o mesmo não se enquadra no âmbito de um Projecto de Investigação e se desenvolve no decorrer do estágio no SUC, sendo a colheita de dados realizada no espaço temporal em que o mesmo ocorre.

Com os melhores cumprimentos,

CHLN-HSM, 17 de Dezembro de 2014

A Enfermeira Diretora
Catarina Bataça
Catarina Bataça
Enfermeira Directora

AR

INFORMAÇÃO
INFORMAÇÃO - CHLN

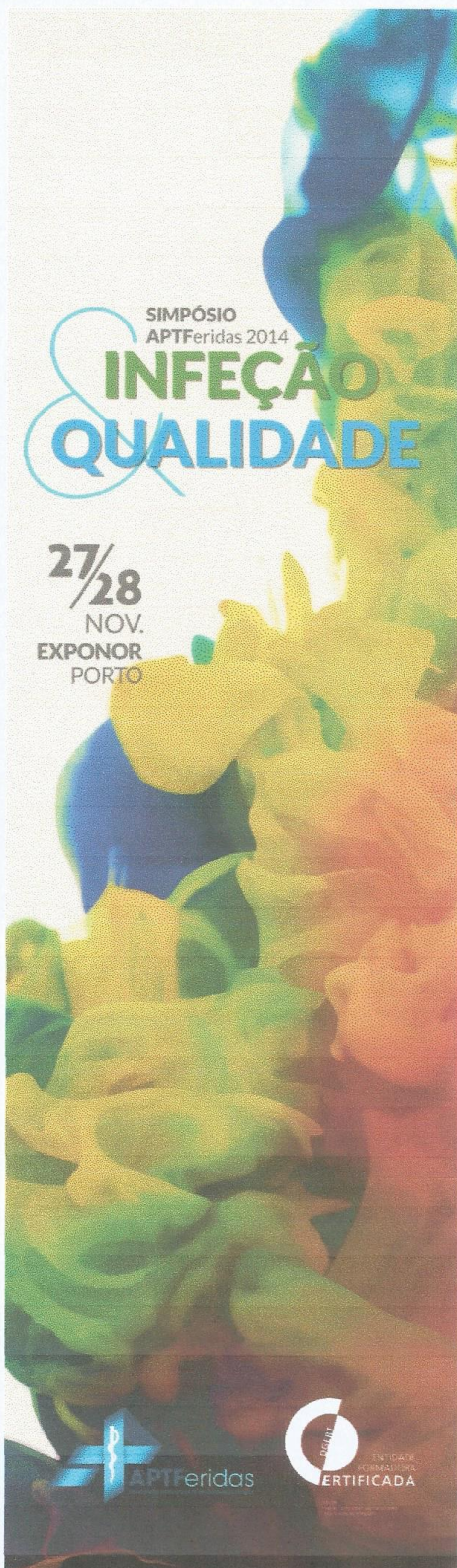
Av. Professor Egas Moniz
1649-016 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 808 847
www.chln.pt
des.gla@chln.min-saude.pt

Alameda das Laranjeiras, 117
1750-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt

ANEXO IV

Certificado de Participação Simpósio APTFeridas 2014

“Infecção e Qualidade”



Certifica-se que:

***Eunice Da Conceição
Gatinho Pires***

Esteve presente no Congresso
APTFeridas 2014, realizado nos
dias 27 e 28 de Novembro de
2014, no Centro de Congressos
da Exponor.

Porto, 28 de Novembro de 2014

Pela Comissão Organizadora

CERTIFICADO

ANEXO V

Certificado Participação do Simpósio GAIF 2015

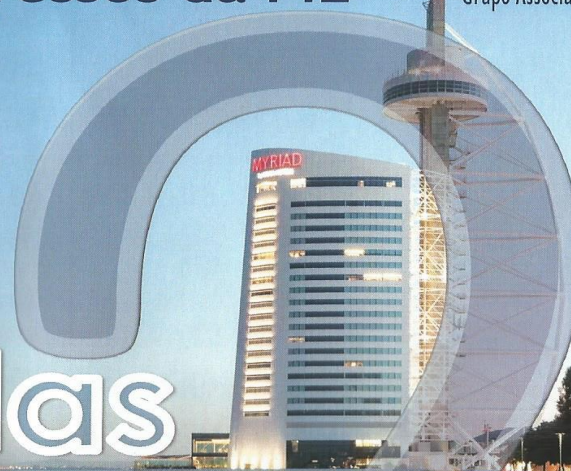
“Sabemos tratar feridas?”

XI CONGRESSO

28.29 - 5 - 2015 | Centro de Congressos da FIL

[@]
GAIF
Grupo Associativo de Investigação em Feridas

Sabemos tratar feridas



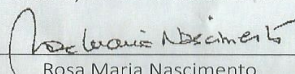
Para os devidos efeitos se declara que Eunice da Conceição Gatinho Pires, portador do CC nº 106 338 53

participou nos dias 28 e 29 de maio de 2015 no "XI Congresso GAIF: Sabemos Tratar feridas?",

com a duração de 13 horas, promovido pelo Grupo Associativo de Investigação em Feridas.

Modalidade de Formação: Contínua de Aperfeiçoamento | Área de Formação: 720 – Saúde | Certificado n.º 375 C/15

Lisboa, 29 de maio de 2015


Rosa Maria Nascimento

Presidente da Direção do GAIF (Grupo Associativo de Investigação em Feridas)

GRUPO ASSOCIATIVO
DE INVESTIGAÇÃO EM FERIDAS
Rua Dr. António Afonso S/N
3320-216 Pampilhosa da Serra
Contribuinte: 505 851 717
www.gaif.net

PLANO CURRICULAR

Conferência Inaugural - **A QUALIDADE EM PREVENÇÃO DE FERIDAS: OS GANHOS QUE NÃO SE VÊM**

· Plano Nacional de Saúde 2015-2020 da DGS

Mesa Redonda - **RISCO E POTENCIAL DO DADO CLÍNICO**

- Evidência baseada na prática: Investigação como parte integrante dos cuidados
 - Novos instrumentos de colheita
- O Dado Clínico: abordagem jurídica e legal

Mesa Redonda - **INFECÇÃO EM FERIDAS**

- Prevenção e Tratamento de Infecção em Feridas Crónicas: Orientação da DGS
 - Novas Abordagens no Diagnóstico Microbiológico
 - Controlo de Infecção nas Salas de Tratamento

Mesa Redonda - **ÚLCERAS POR PRESSÃO**

- Prevenção de UPP em Pediatria: Escala de Braden Q+P
 - Dotações Seguras para a Prevenção das UPP
 - O domicílio como cenário de cuidados às UPP

Mesa Redonda - **FERIDAS MALIGNAS: O DESAFIO DE UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA**

- Como fazer a diferença
- Avaliação do odor e do exsudado na ferida maligna: ultrapassando dificuldades
- Eletroquimioterapia: experiência nacional

Conferência - **PÉ DIABÉTICO: o que muda?**

· Guidelines 2015

Uma Conversa sobre - **O TRATAMENTO DE FERIDAS: UMA DISCUSSÃO MULTIDISCIPLINAR**

- Cuidados Intensivos
 - Cirurgia Geral
 - Medicina Intensiva
 - Cirurgia Plástica

Mesa Redonda - **ÚLCERA DE PERNA E LINFEDEMA**

- Tratamento Físico do Linfedema
 - Úlcera Arterial
 - Úlcera de Perna

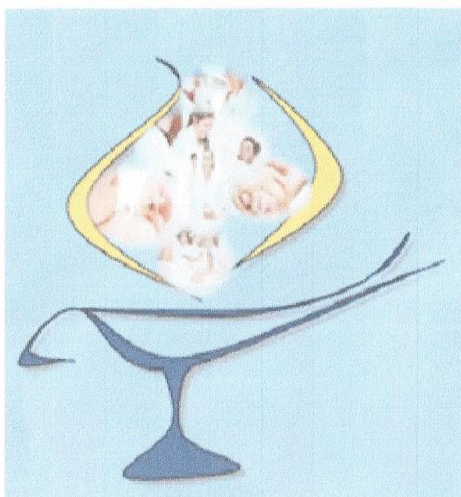
ANEXO VI

Certificado de Presença e Programa

Encontro de Enfermagem: Dia Internacional do Enfermeiro

Enfermeiros: uma força para a mudança! Eficazes em cuidados, Eficientes em
custos!

“Prevenção e monitorização de Úlceras de Pressão no Serviço de Urgência”



Certificado de Presença

ENFERMEIROS: Uma força para a mudança!

EFICAZES em cuidados
EFICIENTES em custos

Certifica-se que Eunice da Conceição Gatinho Pires participou no Encontro de Enfermagem *Enfermeiros Uma força para a mudança! Eficazes em cuidados Eficientes em custos*, que se realizou nos dias 12 e 13 de maio de 2015, no auditório do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

Ponta Delgada, 14 de maio de 2015

Comissão Organizadora

António Soares

Comemoração do Dia Internacional do Enfermeiro

PROGRAMA

Dia 12 Maio 2015

- 8:30** Abertura do secretariado
- 9:00** Sessão de Abertura
- 9:30** Conferência: *"Representação Social da Enfermagem"*
Piedade Lalande (Professora Coordenadora - ESEnFPD)
Moderador: Márcio Tavares (Enfermeiro - HDESPD, EPE)
- 10:15** Coffe-break
- 10:45** Mesa Redonda: *"Representação social da enfermagem: a visão da equipa multidisciplinar"*
Elisa Alves (Psicóloga, USISM)
Fabiola Cymbron (Médica, USISM)
Helena Soares (Assistente Social, HDESPD, EPE)
Manuela Medeiros (Cliente do Sistema Regional de Saúde e Voluntária na LAHPH)
Moderador: Márcio Tavares (Enfermeiro - HDESPD, EPE)
- 12:30** Almoço
- 14:00** Mesa Redonda: *"Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Vs Conjuntura Atual"*
Francisco Branco (Enfermeiro - SEP)
Luís Ferreira (Enfermeiro Supervisor - USISM)
Luís Furtado (Enfermeiro - Ordem dos Enfermeiros)
Nadine Pironet (Enfermeira Diretora - HDESPD, EPE)
Moderador: Carmen Andrade (Professora Adjunta - ESEnFPD)
- 16:00** Encerramento do 1º dia de trabalhos

Dia 13 Maio 2015

- 8:30** Abertura do secretariado
- 9:00** *"Cuidadores informais: da Teoria à Prática"*
Carmen Andrade (Professora Adjunta - ESEnFPD)
Paulo Dias (Enfermeiro - USISM)
Filipe Correia (Enfermeiro - USISM)
Moderador: Marina Marques (Eq.Assistente - ESEnFPD)
- 10:15** Coffe-break
- 10:45** *"Prevenção das Úlceras de Pressão: um desafio para os enfermeiros"*
Moderador: Margarida Pinheiro (Enfermeira - USISM)
-Programa de melhoria contínua da qualidade para a prevenção das Úlceras de Pressão
Filipa Maciel (Enfermeira - USISM)
-Programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem para a prevenção e monitorização das Úlceras de Pressão no Serviço de Urgência
Eunice Pires (Enfermeira - HDESPD, EPE)
- 12:00** *"Consultas de Enfermagem à pessoa Insuficiente Renal Crónica"*
Helena Tavares (Enfermeira - HDESPD, EPE)
Marco Medeiros (Enfermeiro - HDESPD, EPE)
Moderador: João Mendonça (Enfermeiro - HDESPD, EPE)
- 12:45** Almoço
- 14:00** *"Apresentação de Projetos"*
Moderador: Alberto Duarte (Professor Adjunto - ESEnFPD)
-Uniformização dos ensinamentos à cliente mastectomizada e/ou com esvaziamento
Ana Rosa Cabral (Enfermeira - HDESPD, EPE)
Carolina Silva (Enfermeira - HDESPD, EPE)
-Plano de Alimentação do meu filho nos seus primeiros 6 meses de vida.
Márcio Tavares (Enfermeiro - HDESPD, EPE)
-Bridging the Atlantic
Helena Oliveira (Professora Adjunta - ESEnFPD)
Ana Flores (Estudante de Enfermagem - ESEnFPD)
- 16:00** Encerramento do Encontro

Encontro de Enfermagem

12 e 13 de Maio de 2015

Auditório do Hospital do Divino Espírito Santo

ENFERMEIROS: Uma força para a mudança!

EFICAZES em cuidados
EFICIENTES em custos

Comissão Organizadora:

Adília Simões (HDESPD, EPE)
Alberto Duarte (ESEnFPD)
Carmen Andrade (ESEnFPD)
Idalina Borges (USISM)
João Mendonça (HDESPD, EPE)
Márcio Tavares (HDESPD, EPE)
Marina Marques (ESEnFPD)
Margarida Pinheiro (USISM)



ANEXO VII

I Encontro de Benchmarking

Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, da SRRAOE

Certificado de presença como prelectora

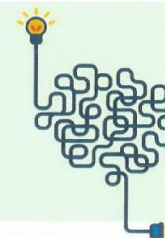
Programa

Agradecimento



**I ENCONTRO DE
BENCHMARKING**
DE PROGRAMAS DE MELHORIA
CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

DA SECÇÃO REGIONAL DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
DA ORDEM DOS ENFERMEIROS



Secção Regional da Região
Autónoma dos Açores

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

EUNICE DA CONCEIÇÃO GATINHO PIRES,

Membro n.º 26869 desta Ordem, esteve presente no I ENCONTRO DE BENCHMARKING de Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros, no dia 18 de setembro de 2015, com a duração total de 7 horas, em Ponta Delgada, na Sala de Formação da da Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros.

Ponta Delgada, 26 de outubro de 2015.

O Presidente do
Conselho Diretivo Regional

Enf. Tiago Lopes



Programa

18

18 SETEMBRO 2015
Instalações da
SRRAA da OE

09h00 Abertura do Secretariado

09h30 Sessão de Abertura

- Dr. Luís Cabral, Secretário Regional da Saúde
- Enf.º José Carlos Gomes, Presidente do Conselho de Enfermagem da OE
- Enf.º Tiago Lopes, Presidente do Conselho Diretivo da SRRAA da OE

10h00 Protocolo do Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem entre a SRRAA da OE e DRS

- Moderador: Enf.º Luís Reis, Presidente do Conselho de Enfermagem da SRRAA da OE*
- Dr. João Soares, Diretor Regional da Saúde
 - Enf.º Tiago Lopes, Presidente do Conselho Diretivo da SRRAA da OE

10h45 Coffee-Break

11h00 PAINEL 1: Satisfação do Cliente / Organização dos Cuidados de Enfermagem

- Moderadora: Enf.ª Sandra Valadão, Vice-Presidente do Conselho de Enfermagem da SRRAA da OE*
- Enf.ª Sílvia Pereira - Satisfação dos pais durante a hospitalização do seu filho(a). Unidade de Tratamento Pediátrico do HSEIT, EPE
 - Enf.ª Tânia Serpa - Satisfação dos Utentes que realizam Hemodiálise. Serviço de Nefrologia e Diálise do HH, EPE
 - Enf.ª Bruna Costa - Satisfação Profissional dos Enfermeiros do Hospital da Horta

12h00 PAINEL 2: Prevenção de Complicações

- Moderadora: Enf.ª Boanova Belém, Vogal do Conselho de Enfermagem da SRRAA da OE*
- Enf.º Mark Faria - Prevenção de Quedas. Serviços de Medicina, Cirurgia I e Cirurgia II do HH, EPE
 - Enf.ª Daniela Cunha - Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão. Unidade de Tratamento de Feridas e Viabilidade Tecidual e Cuidados Domiciliários do CSVFC
 - Enf.ª Eunice Pires - Prevenção e Monitorização de Úlceras de Pressão no Serviço de Urgência. Serviço de Urgência do HDES, EPE
 - Enf.ª Orlanda André - Monitorização da Taxa de Flebites. Serviço de Medicina HH, EPE

13h15 Almoço

14h30 Conferência:

Modelo de Desenvolvimento Profissional

- Moderador: Enf.º Luís Reis, Presidente do Conselho de Enfermagem da SRRAA da OE*
- Enf.º José Carlos Gomes, Presidente do Conselho de Enfermagem da OE
 - Enf.º Francisco Mendes, Coordenador da Estrutura de Idoneidades da OE

15h30 PAINEL 3: Bem-estar e o Autocuidado / Readaptação Funcional

- Moderador: Enf.º Licínio Paredes, Vogal do Conselho de Enfermagem da SRRAA da OE*
- Enf.ª Ana Veloso - A dor enquanto foco de atenção dos cuidados de enfermagem em Pediatria. Serviço de Pediatria do HH, EPE
 - Enf.ª(s) Ana Borges e Inês Vieira - Preparação da alta da criança com vômitos e diarreia na Urgência Pediátrica. Serviço de Urgência do HDES, EPE
 - Enf.ª Boanova Belém - Gestão da ansiedade e capacitação de clientes no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Rede de Parceiros do Conselho de Enfermagem da SRRAA da OE
 - Enf.º Henrique Couto - Nota de Alta do Serviço de Urgência. Serviço de Urgência do HDES, EPE

16h30 Coffee-Break

17h00 PAINEL 4: Promoção da Saúde

- Moderadora: Enf.ª Florinda Costa, Vogal do Conselho de Enfermagem da SRRAA da OE*
- Enf.ª Andreia Borges - Otimização da Terapêutica Inalatória. Unidade de Cinesioterapia Respiratória do HDES, EPE
 - Enf.ª Sara Dias - Visita Domiciliária Puerperal "E Tudo (Re)começa em Casa". Saúde Materna da USIPico
 - Enf.ª Graça Silveira - Aleitamento Materno no momento da alta da Maternidade. Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HH, EPE

18h00 Encerramento do Encontro





SECÇÃO REGIONAL R. A. AÇORES

Exma. Senhora
Enfermeira Eunice Pires

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

N. Refª
SAI-OE/2015/9535

V. Refª

DATA	26.10.2015
ASSUNTO:	I Encontro de Benchmarking de Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados da Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros Agradecimento

Exma. Senhora Enfermeira Eunice Pires,

A Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros vem por este meio agradecer reconhecidamente o empenho e disponibilidade demonstrados aquando do I Encontro de Benchmarking de Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados da Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros, que teve lugar no dia 18 de setembro de 2015, em Ponta Delgada.

O seu contributo foi indispensável para o êxito do mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Diretivo Regional da
Secção Regional da Região Autónoma dos Açores
da Ordem dos Enfermeiros

Enf. Tiago Lopes

TL/apm

APÊNDICES

Apêndice I

Plano da Sessão de Formação:

“Prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa: Importância da avaliação de risco.”

Plano da Sessão

Tema: “Prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa: Importância da avaliação de risco”

Data: 05/11/2014 Horário: 14h30 Nº sessões:1 Formador:_____

Objetivo Geral: Capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção de Úlceras de Pressão na pessoa idosa através da avaliação de risco

Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologia	Atividades	Recursos	Duração
1.Compreender os principais conceitos; 2.Analisar a Escala de <i>Braden</i> como instrumento de avaliação de risco; 3.Compreender as boas práticas na prevenção de UP; 4. Documentar no SAPE a avaliação de risco de desenvolvimento de UP	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Epidemiologia ✓ Definição de Úlcera de Pressão ✓ Sistema de Classificação Internacional de Úlcera de Pressão ✓ Fatores de risco ✓ Boas práticas na prevenção de UP ✓ Caracterização da ECCI Domicílio ✓ Escala de Braden- definição, operacionalização no SAPE 	<p>Expositiva</p> <p>Participativa</p>	<p>Apresentação</p> <p>de</p> <p>Slides</p>	<p>Computador</p> <p>Projector multimedia</p> <p>Mesa de apoio e cadeiras</p> <p>Quadro/parede de sala branca</p>	30 min.

Apêndice II

Apresentação ECCI Domicílio:

“ Prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa: Importância
da avaliação do risco.”

Prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa

Importância da avaliação de Risco

Orientadora: Professora Graça Melo
Co-Orientadoras: En^{fa} Chefe Teresa Antunes
En^{fa} Marta Gonçalves

Discente
Eunice Pires

Sumário

- Epidemiologia
- Conceitos
 - a) *Úlcera de Pressão*
 - b) *Classificação*
 - c) *Fatores de Risco*
 - d) *Prevenção*
 - e) *Avaliação de risco – Escala de Braden*
 - f) *Boas Práticas na Prevenção de UP*
- Caracterização da ECCI-Domicílios
- Escala de *Braden* - SAPE

Objetivos

Objetivo Geral

- Capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção de Úlceras de Pressão na pessoa idosa através da avaliação de risco.

Objetivos específicos:

- Compreender os principais conceitos,
- Analisar a Escala de *Braden* como instrumento de avaliação de risco,
- Compreender as boas práticas na prevenção de UP,
- Documentar no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) a avaliação de risco de desenvolvimento de UP através da Escala de *Braden*.

Epidemiologia

- A presença de Úlcera de Pressão (UP) está associada a hospitalizações prolongadas, sépsis e mortalidade.
- Constituem um problema de saúde pública com repercussões importantes na qualidade de vida do idoso, da família e uma sobrecarga financeira para o agregado familiar e sistemas de saúde.

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010).
Prevenção das úlceras de pressão: prática baseada na evidência. Lisboa: GAIF

- São resultados negativos de cuidados e são responsáveis por causar dor e sofrimento aos doentes.

Gunningberg, L., Scotts, N.A. & Idvall, E., (2011). Hospital-acquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: cross-sectional data as the foundation for future quality improvement. *Intersections/ Wound Journal*, 8(5), pp.465-473

- Em Portugal, os dados epidemiológicos mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UP é de cerca de **11,5%**.

Direção- Geral da Saúde (2001). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Portugal: DGS

- O aparecimento de uma UP deve-se ao **incumprimento de boas práticas** nos cuidados prestados a doentes sujeitos a longos períodos de imobilidade.

Direção-Geral da Saúde (2007). *Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados . Úlceras de Pressão. Prevenção*. Lisboa: DGS

- Estudos americanos estimam que 60.000 doentes hospitalizados morrerão por ano devido a complicações por UP.

(Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2012).

- Na Holanda, as UP são a 4ª doença mais dispendiosa em cuidados de saúde porque consomem muitos recursos no que diz respeito a materiais descartáveis, equipamento e tempo de Enfermagem.

Defloor, T. & Grypdonck, M.F.M. (2004). Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14, pp.373-382

- Prevalência de **56%** de úlceras de pressão em idades entre **80-90 anos** e 83% das zonas de pressão centram-se na região sacrococcígea e calcâneo.

Moore, J.Z. & Cowman, S. (2012). Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland. *Journal Of Clinical Nursing* . Vol. 21 (3-4), pp. 362-71

- Os comportamentos tipicamente associados aos idosos referem-se à passividade e imobilidade com reduzida atividade física.

Cavalho, J. & Mota, J. (2012). O exercício e o envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 79-92). Lisboa: Lidel

- A idade avançada está frequentemente relacionada com o aumento de outros fatores de risco, como a mobilidade limitada e múltiplos diagnósticos .

Frantz, R. A. (2004). Evidence-Based Protocol. Prevention of Pressure Ulcers. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 30 (2), pp. 4-11

- O risco de desenvolvimento de UP aumenta consideravelmente quando se combina a imobilidade, compromisso do sistema imunitário e perda de massa muscular.

Direção -Geral da Saúde (2007). *Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados . Úlceras de Pressão. Prevenção*. Lisboa: DGS

Úlcera de Pressão

- “uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.”

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009, p.9





- “qualquer lesão provocada por uma pressão que danificou a pele e os tecidos subjacentes, frequentemente sob uma proeminência óssea.”

Frantz, R. A. (2004). Evidence-Based Protocol. Prevention of Pressure Ulcers. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 30 (2), pp. 4-11



- “o principal factor causal é a aplicação localizada de pressão numa área de pele não adaptada à magnitude destas forças.”

Morison, M. J., (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. (J. C. Gouveia e R. Furtado, Trad.). Loures: Lusociência. (tradução do original do inglês *The Prevention and Treatment of Pressure Ulcers*, 2001, Harcourt : Mosby

Classificação

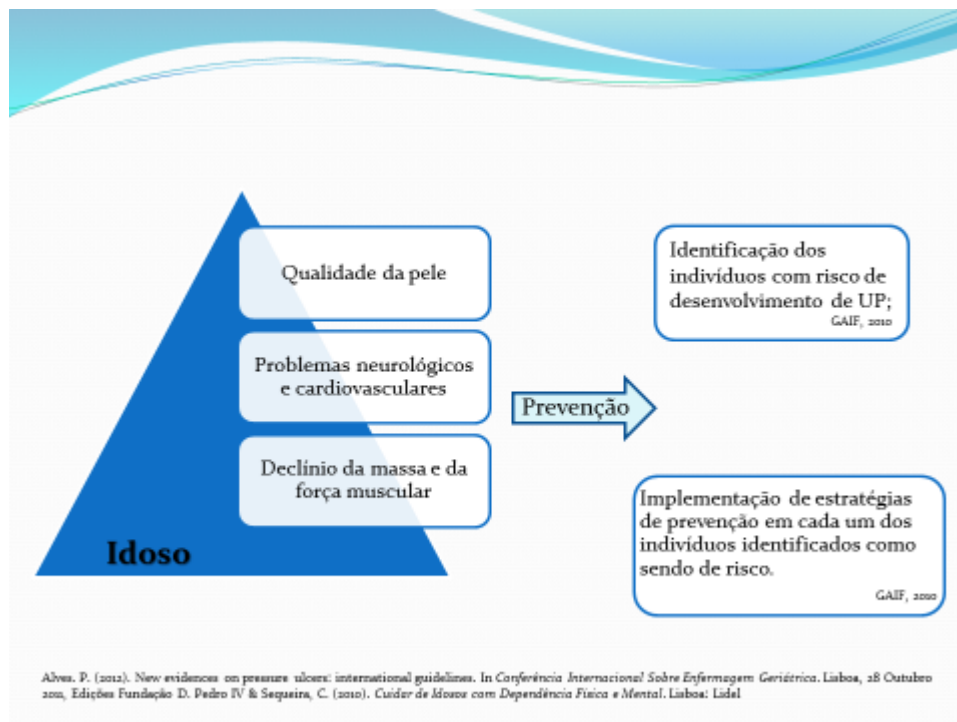
Categoria I Eritema não branqueável em pele intacta	Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefacção ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento. <small>EPUIAP e NPUAP (2009)</small>	
Categoria II Perda parcial da espessura da pele ou flictena	Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático. <small>EPUIAP e NPUAP (2009)</small>	
Categoria III Perda total da espessura da pele (Tecido subcutâneo Visível)	Perda total da espessura tecidual. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (Fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. <small>EPUIAP e NPUAP (2009)</small>	
Categoria IV Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)	Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou necrótico. Frequentemente são cavitários e fistulados. <small>EPUIAP e NPUAP (2009)</small>	

Nos Estados Unidos da América consideram mais 2 categorias adicionais:

<p>Categoria não graduável/inclassificável Perda total da pele ou tecidos, profundidade indeterminada</p>	<p>Perda total da espessura dos tecidos na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença do tecido necrótico.</p> <p>EPUIAP e NPUAP (2009)</p>	
<p>Suspeita de lesão profunda dos tecidos</p>	<p>Área vermelho-escuro ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocada com danos no tecido mole subjacente pela pressão e ou forças de torção.</p> <p>EPUIAP e NPUAP (2009)</p>	

Fatores de risco

- idade avançada,
- imobilidade,
- diminuição da sensibilidade,
- fricção e deslizamento,
- desnutrição,
- humidade excessiva,
- presença de co-morbilidades.



Prevenção

- **Avaliação da pele** – através da técnica da palpação ou com o uso de um diascópio;
- **Avaliação do risco** - através do julgamento clínico do enfermeiro e/ou uso de instrumento de avaliação de risco validado;

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. Acedido em 20/07/2014. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk>

- **Implementação de boas práticas** – aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e opinião de peritos reconhecidos com objetivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e profissionais.

ORDEN DOS ENFERMEIROS(2007). Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. Acedido a 20 de Fevereiro de 2014, disponível em: <http://www.ordenenfermeiros.pt>

Avaliação de Risco

- 95% das UP são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco .

Frantz, R. A. (2004). Evidence-Based Protocol: Prevention of Pressure Ulcers. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 30 (2), pp. 4-11

- Todos os doentes admitidos numa Instituição de Saúde devem ser submetidos a uma avaliação de risco de desenvolver UP.

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010). *Prevenção das úlceras de pressão: prática baseada na evidência*. Lisboa: GAIF

- A Identificação do risco de UP não depende só das habilidades clínicas dos profissionais mas também do uso apropriado de instrumentos de avaliação.

Lucena, A. F., Santos, C.T., Pereira, A.G.S., Almeida, M. A., Dias, V. L. M., Friedrich, M.A. (2011). Clinical Profile and Nursing Diagnosis of Patients at Risk of Pressure Ulcers. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)*, 19(3), 523-530.

- Os resultados da avaliação de risco e das reavaliações devem ser **registados** e as intervenções devem ser **iniciadas** no mais curto espaço de tempo.

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010). *Prevenção das úlceras de pressão: prática baseada na evidência*. Lisboa: GAIF

- **Risco** de desenvolver UP - após a avaliação através do julgamento clínico do enfermeiro e/ou através do uso de um instrumento de avaliação de risco validado,

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. Acessado em 20/07/2014. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk>

- As **Escala de avaliação** de risco são ferramentas práticas, fáceis de utilizar e precisas para uma atuação precoce por parte dos enfermeiros permitindo assim a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Ferreira, P.L., Minguens, C., Gouveia J. & Furtado, K. (2007). Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação Nacional da escala de Braden. Loures: Lusociência.

- **Escala de Braden** - a sua aplicação em Portugal foi recomendada desde 2008 através da Circular Normativa Nº: 35/DSQC/DSC, uma vez que esta demonstra maior precisão, tendo sido testada e validada para a população portuguesa .

Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Informativa Nº: 35/DSQC/DSC - Avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden. Portugal: DGS

Escala de *Braden*

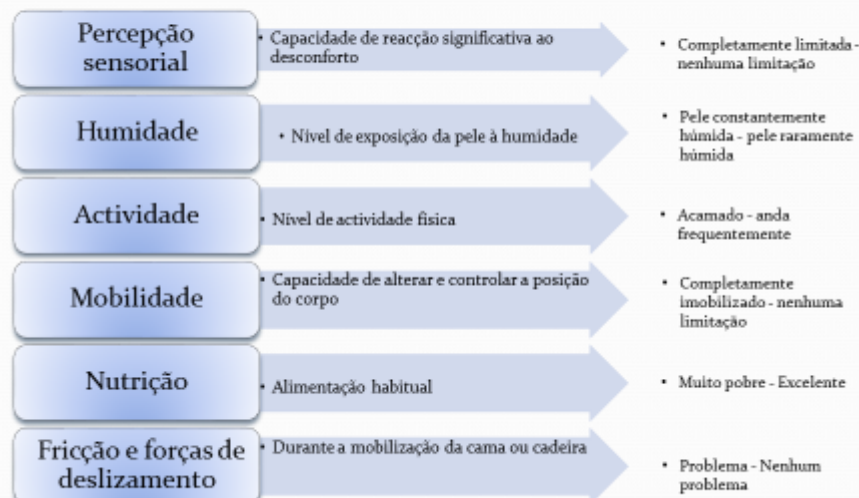
- Elaborada e aplicada em 1987 e encontra-se em uso em vários países do mundo como é o caso dos Estados Unidos da América, Brasil, Coreia, França, entre outros.

Ferreira, P.L., Minguéns, C., Gouveia J. & Pardo, K. (2007). Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação Nacional da escala de Braden. Loures: Lusociência.

- Em Portugal, a sua utilização foi recomendada desde 2008 e veio substituir a Escala de Norton, tendo sido validada para a população portuguesa.
- O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão).
- A pontuação final pode variar de 6 (valor de mais alto risco) até 23 (valor de mais baixo risco).

Direção-Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Portugal: DGS

Escala de *Braden*



Direção-Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Portugal: DGS

Boas Práticas na Prevenção de UP (cont.)

- Redistribuição da pressão,
- Documentar a frequência dos posicionamentos,
- Manter a tolerância dos tecidos,
- Boa nutrição,
- Desenvolver e documentar um plano de cuidados individualizado para o doente identificado como alto risco de desenvolver UP,
- Fornecer informação ao doente/cuidador,
- Providenciar formação e treino aos profissionais de saúde .

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. Acedido em 28/07/2014. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk>

Boas Práticas na Prevenção de UP

- Incumprimento de boas práticas nos cuidados prestados a doentes sujeitos a longos períodos de imobilidade,
Direção -Geral de Saúde (2007). Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados .
Úlceras de Pressão. Prevenção. Lisboa: DGS
- Se a UP apesar da aplicação consistente de intervenções eficazes se desenvolver, não poderá refletir a qualidade de cuidados,
Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2000).
Prevenção das úlceras de pressão: prática baseada na evidência. Lisboa: GAIF
- Os enfermeiros são intervenientes privilegiados - **diagnosticam e prescrevem as intervenções**

Rodrigues, A.M., & Soriano, J.V. (2011). Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras por pressão. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*, 3(5), pp.55-63

ECCL-Domício (Benfica-Carnide)

- equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social,
- prestação de serviços domiciliários de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se do domicílio.

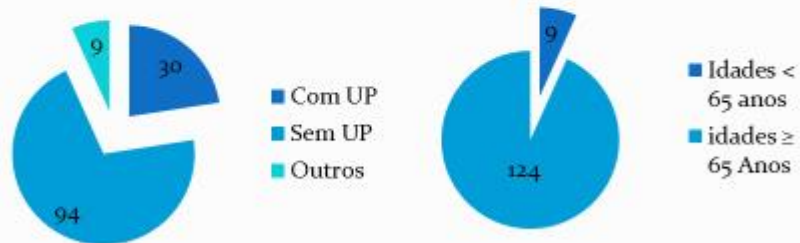
(DL nº 101/2006)

ECCL-Domício (Benfica-Carnide)

- Composta por 4 enfermeiras que abrange a área de Benfica e Carnide ,
- Apoio médico através de médico de família,
- Dão resposta ao Apoio Domiciliário Integrado, que engloba a REDE
- Dependentes (visita domiciliária: através de solicitação de familiares/Cuidadores, Hospital e Médico assistente).

Caracterização Doentes

Total de Doentes=133

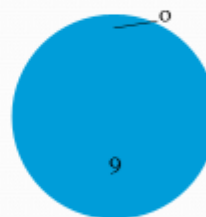


Dados recolhidos após consulta no SAPE, entre o período de 23/9/2014 e 23/10/2014

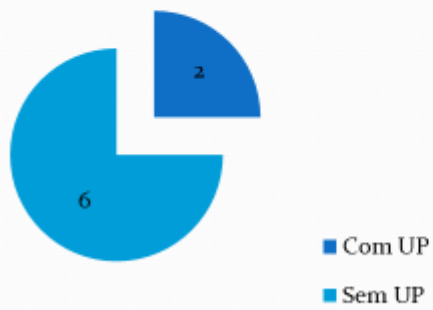
Úlceras de Pressão < 65 anos



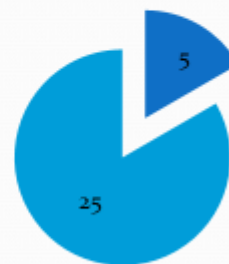
Úlceras de Pressão entre 65 - 70 anos



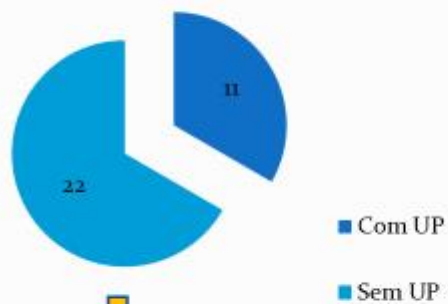
Úlceras de Pressão entre
71-75 anos



Úlceras de Pressão
entre 76-80 anos



86 - 90 anos



Maior prevalência de
UP

≥ 91 anos

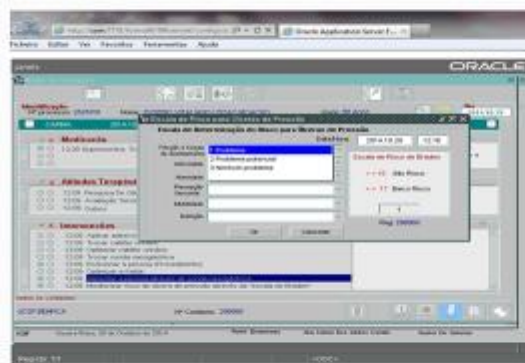


Escala de *Braden* - *SAPE*



Exemplo

Escala de *Braden* - *SAPE*



Fricção e deslizamento



Problema	Requer uma ajuda moderada
Problema Potencial	Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima
Nenhum problema	Move-se na cama ou cadeira sem ajuda

Escala de Braden

- É o instrumento que por si só não é suficiente na prevenção de UP devendo ser acompanhada por uma avaliação regular da pele;

Ferreira et al, 2007; Gunningberg, Stotts & Idvall, 2011

- É parte de uma avaliação holística completa;

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2000).
Prevenção das úlceras de pressão: práticas baseadas nas evidências. Lisboa: GAIF

- Não usar escalas de avaliação do risco pode condicionar a sensibilidade do enfermeiro,

Rodrigues, A.M., & Seriano, J.V. (2011). Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras por pressão. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*, 3(5), pp. 55-69.

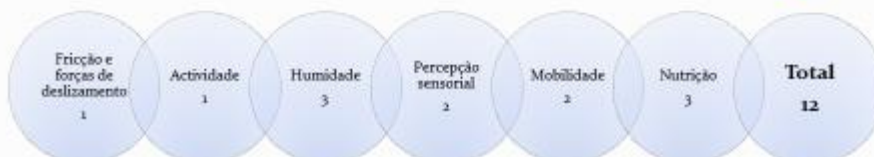
- Os resultados da avaliação de risco devem ser interpretados com juízo clínico,
- Nenhum instrumento pode substituir a competência e experiência do profissional.

GAIF, 2000; Gunningberg, Stotts & Idvall, 2011

Escala de Braden - SAPE

Score ≤ 16

Alto risco



Prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa

Importância da avaliação de Risco

Obrigada pela atenção

APÊNDICE III

Pedido de autorização para realização do Projeto no SUC ao Exmo. Sr.
Presidente da Comissão de Ética

Exmo. Senhor

Professor Doutor João Lobo Antunes

Presidente da Comissão de Ética

Assunto: Pedido de Autorização para realização de Projeto de Intervenção no Serviço de Urgência Central, subordinado ao tema: Enfermagem na Pessoa Idosa: Prevenção de Úlceras de Pressão.

Eu, Eunice da Conceição Gatinho Pires, aluna nº 5382, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no ano curricular 2014/2015, venho por este meio pedir autorização para a implementação de um projeto de intervenção na Prevenção de Úlceras de Pressão aos utentes com idade igual ou superior a 65 anos, que recorram ao Serviço de Urgência. O referido projeto encontra-se inserido num projeto de estágio validado e sob a orientação da docente Professora Graça Melo, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o título “Enfermagem na Pessoa Idosa: Prevenção de Úlceras de Pressão”.

O motivo que originou a escolha do tema acima referido deve-se ao meu interesse pessoal pela população idosa e à questão preocupante das Úlceras de Pressão (UP) assim como a evidência na literatura Internacional e Nacional referir o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados intensivos como os Serviços com o índice mais elevado de incidência de UP. Importante realçar que em cuidados agudos, a incidência representa as UP que foram adquiridas em meio hospitalar e vai contribuir para a medição da qualidade e segurança do doente hospitalizado (VanDenKerkhof, Friedberg, & Harrison, 2011).

As UP são um problema de saúde pública, tanto a nível nacional como internacional, com crescentes preocupações políticas e económicas devido aos custos financeiros e ao défice da qualidade de vida que impõe ao doente, família e sociedade. Tendo em conta que em 2050 se prevê que em Portugal cerca de 32% da população terá mais de 65 anos e 10% terá 80 anos e que existe uma relação entre a idade avançada e o desenvolvimento de UP, este problema de saúde pública irá se tornar devastador para os profissionais de saúde, devido aos recursos humanos e materiais envolvidos e ao encargo financeiro nas instituições (Ferreira, Minguéns, Gouveia & Furtado, 2007).

Num estudo realizado num Hospital central da Jordania com uma população alvo de 190 doentes, destes 123 doentes foram identificados como estando em risco de desenvolver UP. Após 5 dias, 30 casos de UP foram identificados na sua maioria, idosos, 8 casos (27%) categoria I, 13 casos (43%) categoria II, com uma prevalência de 24% e a incidência foi de 29 (27%) de novos casos de UP na sua maioria idosos (90%).

Dos novos casos, 16 (55%) das UP foram de categoria I após a admissão no hospital e desenvolveram principalmente na região sacrococcígea. (Paul, McCutcheon, Tregarthen, Denend & Zenios, 2014).

Em Portugal, os dados epidemiológicos mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UP é de cerca de 11,5% (DGS, 2011). Estes dados foram retirados de um estudo empírico realizado em 8 Instituições de Portugal Continental entre Janeiro de 2004 e Setembro de 2005, que incluía todos os tipos de internamento. Este estudo revelou uma prevalência de UP de 54,3% nas especialidades médicas e 60,2% no Serviço de urgência.

No Serviço de Urgência foi detetado valores de alto risco em doentes parcial ou completamente limitados na perceção sensorial (64.8%), como é o caso de doentes acamados; 37.3% devido à imobilização, 53,6% devido à fricção e forças de deslizamento, o que no total revelou 70.3% dos doentes do Serviço de Urgência com alto risco de desenvolver UP (Ferreira *et al.* 2007).

No Serviço de Urgência, os doentes são hospitalizados por curtos períodos de tempo, o que torna o risco mais difícil de avaliar. A incidência de eritema não branqueável é significativamente superior que as restantes, tornando-se ainda mais significativa se não for reposicionado (Defloor & Grypdonck, 2005). Os idosos utilizam muito os serviços de urgência e as necessidades destes doentes são diferentes dos outros adultos, devido ao défice cognitivo, doenças crónicas, manutenção do nível funcional e sobrecarga do cuidador, o que origina desafios no cuidado destes doentes pelas Organizações (Krall, Close, Parker, Sudak, Lampert & Colonnelli, 2012).

Na realidade do Serviço de Urgência, muitas vezes observamos os idosos que apesar de não possuírem limitações físicas, ficam “confinados” às macas/camas apenas por estarem a cumprir hidratação com perfusão de soro fisiológico, mantendo-se assim durante horas. E ainda, como referem Plawecki, Amrhein & Zortman (2010), os doentes idosos podem não querer se queixar acerca do desconforto da posição ou até pode ser incapaz de tal afirmação para seu próprio interesse. Nessas situações, o enfermeiro poderá ter de assumir o papel de advogado do doente.

Existe uma necessidade de planificar uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados de forma a reduzir os custos e assegurar melhores resultados de saúde nos doentes em risco. Assim, uma abordagem sistemática na prevenção, gestão e revisão dos acidentes é necessária. As UP requerem uma avaliação mais eficaz assim como uma gestão de medidas preventivas. Apesar do avanço de cuidados médicos, a prevalência de UP continua elevada durante a hospitalização (Alja'afreh, M. & Mosleh, S.M, 2013).

Tendo em conta o referido anteriormente, a pessoa idosa com UP apresenta-se como um foco importante para os cuidados de enfermagem. O planeamento, execução e avaliação de cuidados na prevenção de UP na pessoa idosa exigem competências específicas de enfermagem para o contexto da prevenção de UP para além das competências gerais do cuidado ao idoso.

A atuação do enfermeiro especialista enquadra-se em qualquer ambiente de cuidados de saúde. Este demonstra a sua competência através de uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e de suporte na área da formação, investigação e assessoria (OE, 2010).

Consciente da importância do tema e pretendendo desenvolver competências de especialista e mestre, a implementação do presente projeto visa o contributo para a prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa, no Serviço de Urgência, no intervalo temporal de 20 de Novembro de 2014 a 18 de Fevereiro de 2015, no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade. A População engloba todos os utentes que recorram de Serviço de Urgência com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

O projeto de intervenção será com base das recomendações do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de 2014 para a prevenção de úlceras de pressão nos adultos, especificamente nos idosos. De acordo com o NICE, as boas práticas incidem essencialmente na avaliação do risco, na avaliação da pele, nutrição, mecanismos de redistribuição de pressão e educação dos profissionais de saúde, família e cuidadores. Este Projeto de estágio tem como finalidade promover boas práticas de Enfermagem na Prevenção de UP na pessoa idosa, internada no Serviço de Urgência.

Assim, foi definido como Objetivo Geral de Estágio, **desenvolver competências como enfermeira especialista para prestação de cuidados à pessoa idosa na prevenção de UP, em contexto de Serviço de Urgência;**

Como objetivos específicos foram delineados:

- ✓ Identificar as intervenções adotadas pela equipa de enfermagem na prevenção das Úlceras de Pressão na pessoa idosa, no serviço de urgência;
- ✓ Desenvolver intervenções de enfermagem de acordo com a identificação do risco de desenvolver úlceras de pressão na pessoa idosa, no Serviço de Urgência;

Para dar resposta aos objetivos propostos, considero importante o conhecimento da dinâmica organizacional, funcional e estrutural do serviço de urgência, tendo em conta os documentos normativos que sustentam a prática clínica multidisciplinar; a integração na equipa multidisciplinar, estabelecendo relações profissionais assim como o registo das intervenções observadas e transmitidas pela equipa de enfermagem sobre a prevenção de UP.

O projeto de intervenção incide essencialmente na aplicação da Escala de Avaliação de Risco de *Braden* e da escala de avaliação da pele de acordo com a Circular Informativa N.º: 35/DSQC/DSC da DGS, na admissão do doente idoso e, na colaboração na prestação de cuidados à pessoa idosa na prevenção de UP com a equipa multidisciplinar, adotando as recomendações de boas práticas do NICE.

Para finalizar, gostaria de referir que tudo farei para garantir a confidencialidade de todos os profissionais/utentes envolvidos, assim como das informações por eles fornecidas.

Pede deferimento,

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 26 de Novembro de 2014

(Eunice da Conceição Gatinho Pires)

APÊNDICE IV

Pedido de autorização para realização do Projeto no SUC à Exma. Sr^a
Enfermeira Diretora

Exma. Senhora

Enfermeira Diretora

Assunto: Pedido de Autorização para realização de Projeto de Intervenção no Serviço de Urgência Central, subordinado ao tema: Enfermagem na Pessoa Idosa: Prevenção de Úlceras de Pressão.

Eu, Eunice da Conceição Gatinho Pires, aluna nº 5382, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no ano curricular 2014/2015, venho por este meio pedir autorização para a implementação de um projeto de intervenção na Prevenção de Úlceras de Pressão aos utentes com idade igual ou superior a 65 anos, que recorram ao Serviço de Urgência. O referido projeto encontra-se inserido num projeto de estágio validado e sob a orientação da docente Professora Graça Melo, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o título “Enfermagem na Pessoa Idosa: Prevenção de Úlceras de Pressão”.

O motivo que originou a escolha do tema acima referido deve-se ao meu interesse pessoal pela população idosa e à questão preocupante das Úlceras de Pressão (UP) assim como a evidência na literatura Internacional e Nacional referir o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados intensivos como os Serviços com o índice mais elevado de incidência de UP. Importante realçar que em cuidados agudos, a incidência representa as UP que foram adquiridas em meio hospitalar e vai contribuir para a medição da qualidade e segurança do doente hospitalizado (VanDenKerkhof, Friedberg, & Harrison, 2011).

As UP são um problema de saúde pública, tanto a nível nacional como internacional, com crescentes preocupações políticas e económicas devido aos custos financeiros e ao défice da qualidade de vida que impõe ao doente, família e sociedade. Tendo em conta que em 2050 se prevê que em Portugal cerca de 32% da população terá mais de 65 anos e 10% terá 80 anos e que existe uma relação entre a idade avançada e o desenvolvimento de UP, este problema de saúde pública irá se tornar devastador para os profissionais de saúde, devido aos recursos humanos e materiais envolvidos e ao encargo financeiro nas instituições (Ferreira, Minguéns, Gouveia & Furtado, 2007).

Num estudo realizado num Hospital central da Jordania com uma população alvo de 190 doentes, destes 123 doentes foram identificados como estando em risco de desenvolver UP. Após 5 dias, 30 casos de UP foram identificados na sua maioria, idosos, 8 casos (27%) categoria I, 13 casos (43%) categoria II, com uma prevalência de 24% e a incidência foi de 29 (27%) de novos casos de UP na sua maioria idosos (90%).

Dos novos casos, 16 (55%) das UP foram de categoria I após a admissão no hospital e desenvolveram principalmente na região sacrococcígea. (Paul, McCutcheon, Tregarthen, Denend & Zenios, 2014).

Em Portugal, os dados epidemiológicos mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UP é de cerca de 11,5% (DGS, 2011). Estes dados foram retirados de um estudo empírico realizado em 8 Instituições de Portugal Continental entre Janeiro de 2004 e Setembro de 2005, que incluía todos os tipos de internamento. Este estudo revelou uma prevalência de UP de 54,3% nas especialidades médicas e 60,2% no Serviço de urgência.

No Serviço de Urgência foi detetado valores de alto risco em doentes parcial ou completamente limitados na perceção sensorial (64.8%), como é o caso de doentes acamados; 37.3% devido à imobilização, 53,6% devido à fricção e forças de deslizamento, o que no total revelou 70.3% dos doentes do Serviço de Urgência com alto risco de desenvolver UP (Ferreira *et al.* 2007).

No Serviço de Urgência, os doentes são hospitalizados por curtos períodos de tempo, o que torna o risco mais difícil de avaliar. A incidência de eritema não branqueável é significativamente superior que as restantes, tornando-se ainda mais significativa se não for reposicionado (Defloor & Grypdonck, 2005). Os idosos utilizam muito os serviços de urgência e as necessidades destes doentes são diferentes dos outros adultos, devido ao défice cognitivo, doenças crónicas, manutenção do nível funcional e sobrecarga do cuidador, o que origina desafios no cuidado destes doentes pelas Organizações (Krall, Close, Parker, Sudak, Lampert & Colonnelli, 2012).

Na realidade do Serviço de Urgência, muitas vezes observamos os idosos que apesar de não possuírem limitações físicas, ficam “confinados” às macas/camas apenas por estarem a cumprir hidratação com perfusão de soro fisiológico, mantendo-se assim durante horas. E ainda, como referem Plawecki, Amrhein & Zortman (2010), os doentes idosos podem não querer se queixar acerca do desconforto da posição ou até pode ser incapaz de tal afirmação para seu próprio interesse. Nessas situações, o enfermeiro poderá ter de assumir o papel de advogado do doente.

Existe uma necessidade de planificar uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados de forma a reduzir os custos e assegurar melhores resultados de saúde nos doentes em risco. Assim, uma abordagem sistemática na prevenção, gestão e revisão dos acidentes é necessária. As UP requerem uma avaliação mais eficaz assim como uma gestão de medidas preventivas. Apesar do avanço de cuidados médicos, a prevalência de UP continua elevada durante a hospitalização (Alja'afreh, M. & Mosleh, S.M, 2013).

Tendo em conta o referido anteriormente, a pessoa idosa com UP apresenta-se como um foco importante para os cuidados de enfermagem. O planeamento, execução e avaliação de cuidados na prevenção de UP na pessoa idosa exigem competências específicas de enfermagem para o contexto da prevenção de UP para além das competências gerais do cuidado ao idoso.

A atuação do enfermeiro especialista enquadra-se em qualquer ambiente de cuidados de saúde. Este demonstra a sua competência através de uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e de suporte na área da formação, investigação e assessoria (OE, 2010).

Consciente da importância do tema e pretendendo desenvolver competências de especialista e mestre, a implementação do presente projeto visa o contributo para a prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa, no Serviço de Urgência, no intervalo temporal de 20 de Novembro de 2014 a 18 de Fevereiro de 2015, no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade. A População engloba todos os utentes que recorram de Serviço de Urgência com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

O projeto de intervenção será com base das recomendações do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de 2014 para a prevenção de úlceras de pressão nos adultos, especificamente nos idosos. De acordo com o NICE, as boas práticas incidem essencialmente na avaliação do risco, na avaliação da pele, nutrição, mecanismos de redistribuição de pressão e educação dos profissionais de saúde, família e cuidadores. Este Projeto de estágio tem como finalidade promover boas práticas de Enfermagem na Prevenção de UP na pessoa idosa, internada no Serviço de Urgência.

Assim, foi definido como Objetivo Geral de Estágio, **desenvolver competências como enfermeira especialista para prestação de cuidados à pessoa idosa na prevenção de UP, em contexto de Serviço de Urgência;**

Como objetivos específicos foram delineados:

- ✓ Identificar as intervenções adotadas pela equipa de enfermagem na prevenção das Úlceras de Pressão na pessoa idosa, no serviço de urgência;
- ✓ Desenvolver intervenções de enfermagem de acordo com a identificação do risco de desenvolver úlceras de pressão na pessoa idosa, no Serviço de Urgência;

Para dar resposta aos objetivos propostos, considero importante o conhecimento da dinâmica organizacional, funcional e estrutural do serviço de urgência, tendo em conta os documentos normativos que sustentam a prática clínica multidisciplinar; a integração na equipa multidisciplinar, estabelecendo relações profissionais assim como o registo das intervenções observadas e transmitidas pela equipa de enfermagem sobre a prevenção de UP.

O projeto de intervenção incide essencialmente na aplicação da Escala de Avaliação de Risco de *Braden* e da escala de avaliação da pele de acordo com a Circular Informativa N.º: 35/DSQC/DSC da DGS, na admissão do doente idoso e, na colaboração na prestação de cuidados à pessoa idosa na prevenção de UP com a equipa multidisciplinar, adotando as recomendações de boas práticas do NICE.

Para finalizar, gostaria de referir que tudo farei para garantir a confidencialidade de todos os profissionais/utentes envolvidos, assim como das informações por eles fornecidas.

Pede deferimento,

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 26 de Novembro de 2014

(Eunice da Conceição Gatinho Pires)

APÊNDICE V

Pedido de autorização para realização do Projeto no SUC à

Exma. Sr^a Diretora do SUC

Exma. Senhora

Diretora do SUC

Assunto: Pedido de Autorização para realização de Projeto de Intervenção no Serviço de Urgência Central, subordinado ao tema: Enfermagem na Pessoa Idosa: Prevenção de Úlceras de Pressão.

Eu, Eunice da Conceição Gatinho Pires, aluna nº 5382, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no ano curricular 2014/2015, venho por este meio pedir autorização para a implementação de um projeto de intervenção na Prevenção de Úlceras de Pressão aos utentes com idade igual ou superior a 65 anos, que recorram ao Serviço de Urgência. O referido projeto encontra-se inserido num projeto de estágio validado e sob a orientação da docente Professora Graça Melo, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o título “Enfermagem na Pessoa Idosa: Prevenção de Úlceras de Pressão”.

O motivo que originou a escolha do tema acima referido deve-se ao meu interesse pessoal pela população idosa e à questão preocupante das Úlceras de Pressão (UP) assim como a evidência na literatura Internacional e Nacional referir o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados intensivos como os Serviços com o índice mais elevado de incidência de UP. Importante realçar que em cuidados agudos, a incidência representa as UP que foram adquiridas em meio hospitalar e vai contribuir para a medição da qualidade e segurança do doente hospitalizado (VanDenKerkhof, Friedberg, & Harrison, 2011).

As UP são um problema de saúde pública, tanto a nível nacional como internacional, com crescentes preocupações políticas e económicas devido aos custos financeiros e ao défice da qualidade de vida que impõe ao doente, família e sociedade. Tendo em conta que em 2050 se prevê que em Portugal cerca de 32% da população terá mais de 65 anos e 10% terá 80 anos e que existe uma relação entre a idade avançada e o desenvolvimento de UP, este problema de saúde pública irá se tornar devastador para os profissionais de saúde, devido aos recursos humanos e materiais envolvidos e ao encargo financeiro nas instituições (Ferreira, Minguéns, Gouveia & Furtado, 2007).

Num estudo realizado num Hospital central da Jordania com uma população alvo de 190 doentes, destes 123 doentes foram identificados como estando em risco de desenvolver UP. Após 5 dias, 30 casos de UP foram identificados na sua maioria, idosos, 8 casos (27%) categoria I, 13 casos (43%) categoria II, com uma prevalência de 24% e a incidência foi de 29 (27%) de novos casos de UP na sua maioria idosos (90%).

Dos novos casos, 16 (55%) das UP foram de categoria I após a admissão no hospital e desenvolveram principalmente na região sacrococcígea. (Paul, McCutcheon, Tregarthen, Denend & Zenios, 2014).

Em Portugal, os dados epidemiológicos mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UP é de cerca de 11,5% (DGS, 2011). Estes dados foram retirados de um estudo empírico realizado em 8 Instituições de Portugal Continental entre Janeiro de 2004 e Setembro de 2005, que incluía todos os tipos de internamento. Este estudo revelou uma prevalência de UP de 54,3% nas especialidades médicas e 60,2% no Serviço de urgência.

No Serviço de Urgência foi detetado valores de alto risco em doentes parcial ou completamente limitados na perceção sensorial (64.8%), como é o caso de doentes acamados; 37.3% devido à imobilização, 53,6% devido à fricção e forças de deslizamento, o que no total revelou 70.3% dos doentes do Serviço de Urgência com alto risco de desenvolver UP (Ferreira *et al.* 2007).

No Serviço de Urgência, os doentes são hospitalizados por curtos períodos de tempo, o que torna o risco mais difícil de avaliar. A incidência de eritema não branqueável é significativamente superior que as restantes, tornando-se ainda mais significativa se não for reposicionado (Defloor & Grypdonck, 2005). Os idosos utilizam muito os serviços de urgência e as necessidades destes doentes são diferentes dos outros adultos, devido ao défice cognitivo, doenças crónicas, manutenção do nível funcional e sobrecarga do cuidador, o que origina desafios no cuidado destes doentes pelas Organizações (Krall, Close, Parker, Sudak, Lampert & Colonnelli, 2012).

Na realidade do Serviço de Urgência, muitas vezes observamos os idosos que apesar de não possuírem limitações físicas, ficam “confinados” às macas/camas apenas por estarem a cumprir hidratação com perfusão de soro fisiológico, mantendo-se assim durante horas. E ainda, como referem Plawecki, Amrhein & Zortman (2010), os doentes idosos podem não querer se queixar acerca do desconforto da posição ou até pode ser incapaz de tal afirmação para seu próprio interesse. Nessas situações, o enfermeiro poderá ter de assumir o papel de advogado do doente.

Existe uma necessidade de planificar uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados de forma a reduzir os custos e assegurar melhores resultados de saúde nos doentes em risco. Assim, uma abordagem sistemática na prevenção, gestão e revisão dos acidentes é necessária. As UP requerem uma avaliação mais eficaz assim como uma gestão de medidas preventivas. Apesar do avanço de cuidados médicos, a prevalência de UP continua elevada durante a hospitalização (Alja'afreh, M. & Mosleh, S.M, 2013).

Tendo em conta o referido anteriormente, a pessoa idosa com UP apresenta-se como um foco importante para os cuidados de enfermagem. O planeamento, execução e avaliação de cuidados na prevenção de UP na pessoa idosa exigem competências específicas de enfermagem para o contexto da prevenção de UP para além das competências gerais do cuidado ao idoso.

A atuação do enfermeiro especialista enquadra-se em qualquer ambiente de cuidados de saúde. Este demonstra a sua competência através de uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e de suporte na área da formação, investigação e assessoria (OE, 2010).

Consciente da importância do tema e pretendendo desenvolver competências de especialista e mestre, a implementação do presente projeto visa o contributo para a prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa, no Serviço de Urgência, no intervalo temporal de 20 de Novembro de 2014 a 18 de Fevereiro de 2015, no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade. A População engloba todos os utentes que recorram de Serviço de Urgência com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

O projeto de intervenção será com base das recomendações do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de 2014 para a prevenção de úlceras de pressão nos adultos, especificamente nos idosos. De acordo com o NICE, as boas práticas incidem essencialmente na avaliação do risco, na avaliação da pele, nutrição, mecanismos de redistribuição de pressão e educação dos profissionais de saúde, família e cuidadores. Este Projeto de estágio tem como finalidade promover boas práticas de Enfermagem na Prevenção de UP na pessoa idosa, internada no Serviço de Urgência.

Assim, foi definido como Objetivo Geral de Estágio, **desenvolver competências como enfermeira especialista para prestação de cuidados à pessoa idosa na prevenção de UP, em contexto de Serviço de Urgência;**

Como objetivos específicos foram delineados:

- ✓ Identificar as intervenções adotadas pela equipa de enfermagem na prevenção das Úlceras de Pressão na pessoa idosa, no serviço de urgência;
- ✓ Desenvolver intervenções de enfermagem de acordo com a identificação do risco de desenvolver úlceras de pressão na pessoa idosa, no Serviço de Urgência;

Para dar resposta aos objetivos propostos, considero importante o conhecimento da dinâmica organizacional, funcional e estrutural do serviço de urgência, tendo em conta os documentos normativos que sustentam a prática clínica multidisciplinar; a integração na equipa multidisciplinar, estabelecendo relações profissionais assim como o registo das intervenções observadas e transmitidas pela equipa de enfermagem sobre a prevenção de UP.

O projeto de intervenção incide essencialmente na aplicação da Escala de Avaliação de Risco de *Braden* e da escala de avaliação da pele de acordo com a Circular Informativa N.º: 35/DSQC/DSC da DGS, na admissão do doente idoso e, na colaboração na prestação de cuidados à pessoa idosa na prevenção de UP com a equipa multidisciplinar, adotando as recomendações de boas práticas do NICE.

Para finalizar, gostaria de referir que tudo farei para garantir a confidencialidade de todos os profissionais/utentes envolvidos, assim como das informações por eles fornecidas.

Pede deferimento,

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 26 de Novembro de 2014

(Eunice da Conceição Gatinho Pires)

APÊNDICE VI

Pedido de autorização para realização do Projeto no SUC à

Exmo. Sr. Enfermeiro Chefe do SUC

Exmo. Senhor
Enfermeiro Chefe
do SUC

Assunto: Pedido de Autorização para realização de Projeto de Intervenção no Serviço de Urgência Central, subordinado ao tema: Enfermagem na Pessoa Idosa: Prevenção de Úlceras de Pressão.

Eu, Eunice da Conceição Gatinho Pires, aluna nº 5382, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no ano curricular 2014/2015, venho por este meio pedir autorização para a implementação de um projeto de intervenção na Prevenção de Úlceras de Pressão aos utentes com idade igual ou superior a 65 anos, que recorram ao Serviço de Urgência. O referido projeto encontra-se inserido num projeto de estágio validado e sob a orientação da docente Professora Graça Melo, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o título “Enfermagem na Pessoa Idosa: Prevenção de Úlceras de Pressão”.

O motivo que originou a escolha do tema acima referido deve-se ao meu interesse pessoal pela população idosa e à questão preocupante das Úlceras de Pressão (UP) assim como a evidência na literatura Internacional e Nacional referir o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados intensivos como os Serviços com o índice mais elevado de incidência de UP. Importante realçar que em cuidados agudos, a incidência representa as UP que foram adquiridas em meio hospitalar e vai contribuir para a medição da qualidade e segurança do doente hospitalizado (VanDenKerkhof, Friedberg, & Harrison, 2011).

As UP são um problema de saúde pública, tanto a nível nacional como internacional, com crescentes preocupações políticas e económicas devido aos custos financeiros e ao défice da qualidade de vida que impõe ao doente, família e sociedade. Tendo em conta que em 2050 se prevê que em Portugal cerca de 32% da população terá mais de 65 anos e 10% terá 80 anos e que existe uma relação entre a idade avançada e o desenvolvimento de UP, este problema de saúde pública irá se tornar devastador para os profissionais de saúde, devido aos recursos humanos e materiais envolvidos e ao encargo financeiro nas instituições (Ferreira, Minguéns, Gouveia & Furtado, 2007).

Num estudo realizado num Hospital central da Jordania com uma população alvo de 190 doentes, destes 123 doentes foram identificados como estando em risco de desenvolver UP. Após 5 dias, 30 casos de UP foram identificados na sua maioria, idosos, 8 casos (27%) categoria I, 13 casos (43%) categoria II, com uma prevalência de 24% e a incidência foi de 29 (27%) de novos casos de UP na sua maioria idosos (90%).

Dos novos casos, 16 (55%) das UP foram de categoria I após a admissão no hospital e desenvolveram principalmente na região sacrococcígea. (Paul, McCutcheon, Tregarthen, Denend & Zenios, 2014).

Em Portugal, os dados epidemiológicos mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UP é de cerca de 11,5% (DGS, 2011). Estes dados foram retirados de um estudo empírico realizado em 8 Instituições de Portugal Continental entre Janeiro de 2004 e Setembro de 2005, que incluía todos os tipos de internamento. Este estudo revelou uma prevalência de UP de 54,3% nas especialidades médicas e 60,2% no Serviço de urgência.

No Serviço de Urgência foi detetado valores de alto risco em doentes parcial ou completamente limitados na perceção sensorial (64.8%), como é o caso de doentes acamados; 37.3% devido à imobilização, 53,6% devido à fricção e forças de deslizamento, o que no total revelou 70.3% dos doentes do Serviço de Urgência com alto risco de desenvolver UP (Ferreira *et al.* 2007).

No Serviço de Urgência, os doentes são hospitalizados por curtos períodos de tempo, o que torna o risco mais difícil de avaliar. A incidência de eritema não branqueável é significativamente superior que as restantes, tornando-se ainda mais significativa se não for reposicionado (Defloor & Grypdonck, 2005). Os idosos utilizam muito os serviços de urgência e as necessidades destes doentes são diferentes dos outros adultos, devido ao défice cognitivo, doenças crónicas, manutenção do nível funcional e sobrecarga do cuidador, o que origina desafios no cuidado destes doentes pelas Organizações (Krall, Close, Parker, Sudak, Lampert & Colonnelli, 2012).

Na realidade do Serviço de Urgência, muitas vezes observamos os idosos que apesar de não possuírem limitações físicas, ficam “confinados” às macas/camas apenas por estarem a cumprir hidratação com perfusão de soro fisiológico, mantendo-se assim durante horas. E ainda, como referem Plawecki, Amrhein & Zortman (2010), os doentes idosos podem não querer se queixar acerca do desconforto da posição ou até pode ser incapaz de tal afirmação para seu próprio interesse. Nessas situações, o enfermeiro poderá ter de assumir o papel de advogado do doente.

Existe uma necessidade de planificar uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados de forma a reduzir os custos e assegurar melhores resultados de saúde nos doentes em risco. Assim, uma abordagem sistemática na prevenção, gestão e revisão dos acidentes é necessária. As UP requerem uma avaliação mais eficaz assim como uma gestão de medidas preventivas. Apesar do avanço de cuidados médicos, a prevalência de UP continua elevada durante a hospitalização (Alja'afreh, M. & Mosleh, S.M, 2013).

Tendo em conta o referido anteriormente, a pessoa idosa com UP apresenta-se como um foco importante para os cuidados de enfermagem. O planeamento, execução e avaliação de cuidados na prevenção de UP na pessoa idosa exigem competências específicas de enfermagem para o contexto da prevenção de UP para além das competências gerais do cuidado ao idoso.

A atuação do enfermeiro especialista enquadra-se em qualquer ambiente de cuidados de saúde. Este demonstra a sua competência através de uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e de suporte na área da formação, investigação e assessoria (OE, 2010).

Consciente da importância do tema e pretendendo desenvolver competências de especialista e mestre, a implementação do presente projeto visa o contributo para a prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa, no Serviço de Urgência, no intervalo temporal de 20 de Novembro de 2014 a 18 de Fevereiro de 2015, no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade. A População engloba todos os utentes que recorram de Serviço de Urgência com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

O projeto de intervenção será com base das recomendações do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de 2014 para a prevenção de úlceras de pressão nos adultos, especificamente nos idosos. De acordo com o NICE, as boas práticas incidem essencialmente na avaliação do risco, na avaliação da pele, nutrição, mecanismos de redistribuição de pressão e educação dos profissionais de saúde, família e cuidadores. Este Projeto de estágio tem como finalidade promover boas práticas de Enfermagem na Prevenção de UP na pessoa idosa, internada no Serviço de Urgência.

Assim, foi definido como Objetivo Geral de Estágio, **desenvolver competências como enfermeira especialista para prestação de cuidados à pessoa idosa na prevenção de UP, em contexto de Serviço de Urgência;**

Como objetivos específicos foram delineados:

- ✓ Identificar as intervenções adotadas pela equipa de enfermagem na prevenção das Úlceras de Pressão na pessoa idosa, no serviço de urgência;
- ✓ Desenvolver intervenções de enfermagem de acordo com a identificação do risco de desenvolver úlceras de pressão na pessoa idosa, no Serviço de Urgência;

Para dar resposta aos objetivos propostos, considero importante o conhecimento da dinâmica organizacional, funcional e estrutural do serviço de urgência, tendo em conta os documentos normativos que sustentam a prática clínica multidisciplinar; a integração na equipa multidisciplinar, estabelecendo relações profissionais assim como o registo das intervenções observadas e transmitidas pela equipa de enfermagem sobre a prevenção de UP.

O projeto de intervenção incide essencialmente na aplicação da Escala de Avaliação de Risco de *Braden* e da escala de avaliação da pele de acordo com a Circular Informativa N.º: 35/DSQC/DSC da DGS, na admissão do doente idoso e, na colaboração na prestação de cuidados à pessoa idosa na prevenção de UP com a equipa multidisciplinar, adotando as recomendações de boas práticas do NICE.

Para finalizar, gostaria de referir que tudo farei para garantir a confidencialidade de todos os profissionais/utentes envolvidos, assim como das informações por eles fornecidas.

Pede deferimento,

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 26 de Novembro de 2014

(Eunice da Conceição Gatinho Pires)

Apêndice VII

Plano da Sessão de formação:

“Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: Prevenção de Úlceras de Pressão”

Plano da Sessão

Tema: “Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: Prevenção de Úlceras de Pressão”

Datas: 03, 05, 07 e 09 /01/2015 Horário: 15h Nº sessões:4 Formador:_____

Objetivo Geral: Capacitar a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência para a prevenção de Úlceras de Pressão, na pessoa idosa

Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologia	Atividades	Recursos	Duração
1.Compreender os principais conceitos;	✓ Epidemiologia	Expositiva	Apresentação de	Computador	30 min.
2.Compreender a avaliação compreensiva da pele;	✓ Definição de Úlcera de Pressão			Projector multimedia	
3.Analisar a escala de <i>Braden</i> como instrumento de avaliação de risco;	✓ Sistema de Classificação Internacional de Úlcera de Pressão	Participativa	Slides	Mesa de apoio e cadeiras	30 min.
4. Compreender as boas práticas de prevenção de úlcera de pressão na pessoa idosa;	✓ Fatores de risco			Quadro/parede de sala branca	
	✓ Problemática identificada no SO				
	✓ Boas práticas na prevenção de UP na pessoa idosa internada no SUC				
	✓ Escala de Braden- definição, operacionalização no <i>Alert</i> ®				
	✓ Continuidade do Projeto				

Apêndice VIII

Divulgação da Sessão de formação no SUC

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

FORMAÇÃO

Pessoa idosa no Serviço de Urgência:

Prevenção de Úlceras de Pressão

3,5,7 e 9 de Fevereiro 2015 – 15H

(sala de formação)

Prelectora:

Aluna de enfermagem: Eunice Pires

Orientadora Estágio: Enf^ª Susana Neto

Orientadora Esel: Prof^ª Graça Melo

APÊNDICE IX

Escala de Braden (Mini Poster)

Escala de Braden para avaliação do risco de Úlcera de Pressão

Perceção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1.Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos devido a um nível reduzido de consciência ou sedação Ou Capacidade limitada de sentir dor na maior parte do seu corpo	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, Ou Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor	3.Ligeiramente Limitada: Obedece a instruções verbais mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição Ou Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1.Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2.Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3.Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4.Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Atividade Nível de atividade física	1.Acamado: O doente está confinado à cama.	2.Sentado: Capacidade e marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3.Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos, deitado ou sentado.	4.Andar frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes/dia, e dentro do quarto pelo menos de 2/2 horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1.Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2.Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas, sozinho.	3.Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4.Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1.Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente com 1/3 da refeição. Come diariamente 2 refeições ou menos de proteínas Ou Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de 5 dias.	2.Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da refeição. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de proteínas Ou Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3.Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz 4 refeições diárias de proteínas. Por vezes recusa uma refeição, mas toma suplemento se for oferecido. Ou É alimentado por sonda ou alimentação parenteral satisfazendo as necessidades nutricionais.	4.Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de 4 ou mais refeições proteicas. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1.Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que durante a movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama mas ocasionalmente descai.	3.Nenhum problema: Move-se na cama sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama.	

Apêndice X

Sessão de Formação:

“Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: Prevenção de Úlceras de Pressão”

SUMÁRIO

- Epidemiologia
- Conceitos
 - a) *Úlcera de Pressão*
 - b) *Classificação*
 - c) *Fatores de Risco*
 - d) *Prevenção*
 - e) *Avaliação abrangente da pele*
 - f) *Avaliação de risco – Escala de Braden*
- Boas Práticas na Prevenção de UP
- Continuidade dos cuidados
- Conclusão



5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa
Idosa

PESSOA IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Fevereiro 2015

Orientadora: Professora Graça Melo
Co-Orientadora: Enfª Susana Neto

Discente:
Eunice Pires

EPIDEMIOLOGIA

- A Úlcera de Pressão (UP) está associada a hospitalizações prolongadas, sépsis e mortalidade.
- Constituem um problema de saúde pública:
 - repercussões na qualidade de vida do idoso,
 - da família
 - uma sobrecarga financeira para o agregado familiar e Sistemas de Saúde.

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010).

Prevenção das úlceras de pressão: prática baseada na evidência. Lisboa: GAIF

- São resultados negativos de cuidados e são responsáveis por causar dor e sofrimento aos doentes.

Gunnarsson, L., Stotts, N.A & Idvall, E., (2011). Hospital-acquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: cross-sectional data as the foundation for future quality improvement. *International Wound Journal*. 8(5), pp.465-473

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Capacitar a Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência para a prevenção de Úlceras de Pressão, na pessoa idosa

Objetivos específicos:

- Compreender os principais conceitos;
- Compreender a Avaliação Compreensiva da pele;
- Analisar a Escala de *Braden* como instrumento de avaliação de risco;
- Compreender as boas práticas na prevenção de UP na pessoa idosa.

- O aparecimento de uma UP deve-se ao **incumprimento de boas práticas** nos cuidados prestados a doentes sujeitos a longos períodos de imobilidade.

Direção-Geral da Saúde (2007). *Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados - Úlceras de Pressão. Prevenção*. Lisboa: DGS

- Estudos americanos estimam que 60.000 doentes hospitalizados morrerão por ano devido a complicações por UP.

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2012.

- Na Holanda, são a 4ª doença mais dispendiosa em cuidados de saúde porque consomem muitos recursos no que diz respeito a materiais descartáveis, equipamento e tempo de Enfermagem.

Defloor, T. & Grypdonck, M.F.H. (2004). Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14, pp.873-882

- Em Portugal, os dados epidemiológicos mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UP é de cerca de **11,5%**.

Direção-Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Portugal: DGS

- 54.3% nas Especialidades Médicas
- 60.2% no Serviço de Urgência:
 - limitação na perceção sensorial,
 - imobilização,
 - fricção e forças de deslizamento

Ferreira, P.L., Minguoia, C., Oliveira J. & Furtado, K. (2007). *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação Nacional da Escala de Braden*. Loures: Lusociência.

- Os idosos utilizam muito os Serviços de Urgência:
 - défice cognitivo,
 - doenças crónicas,
 - manutenção do nível funcional,
 - sobrecarga do cuidador.

Krall, E., Close, J., Parker, J., Sudak, M., Lampert, S. & Colonnelli, K. (2012). Innovation Pilot Study: Acute Care for Elderly (ACE) Unit – Promoting Patient – Centric Care. *Health Environments Research & Design Journal*, 5(3), 90-98

- Prevalência de **56%** de UP em idades entre **80-90 anos**;
- **83%** das zonas de pressão centram-se na região sacrococcígea e calcâneo.

Moore, Z. & Cowman, B. (2012). Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland.

Journal Of Clinical Nursing. Vol. 21 (3-4), pp. 362-71

O risco de desenvolvimento de UP aumenta consideravelmente quando se combina a imobilidade, compromisso do sistema imunitário e perda de massa muscular.

Direção -Geral da Saúde (2007). *Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados . Úlceras de Pressão. Prevenção*. Lisboa: DGS

ÚLCERA DE PRESSÃO

- “uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.”

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009, p.9

- “qualquer lesão provocada por uma pressão que danificou a pele e os tecidos subjacentes, frequentemente sob uma proeminência óssea.”

Frantz, R. A. (2004). Evidence-Based Protocol.





Prevention of Pressure Ulcers.

Journal of Gerontological Nursing. Vol. 30 (2), pp. 4-11



- “o principal factor causal é a aplicação localizada de pressão numa área de pele não adaptada à magnitude destas forças.”

Morison, M. J., (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*.(J. C. Gouveia e K. Furtado, Trad.).Leures: Lusociência, (tradução do original do inglês The Prevention and Treatment of Pressure Ulcers, 2001, Harcourt : Mosby

CLASSIFICAÇÃO DE UP

Categoria I Eritema não branqueável em pele íntacta	Pele íntacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefacção ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento. EPUAP e NPUAP (2009)	
Categoria II perda parcial da espessura da pele ou flictena	Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático. EPUAP e NPUAP (2009)	
Categoria III Perda total da espessura da pele (Tecido subcutâneo Visível)	Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (Fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. EPUAP e NPUAP (2009)	
Categoria IV Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)	Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou necrótico. Frequentemente são cavitários e fistulados. EPUAP e NPUAP (2009)	

NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA CONSIDERAM MAIS 2 CATEGORIAS ADICIONAIS:

Categoria não graduável/inclassificável Perda total da pele ou tecidos, profundidade indeterminada	Perda total da espessura dos tecidos na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença do tecido necrótico. EPUAP e NPUAP (2009)	
Suspeita de lesão profunda dos tecidos	Área vermelho escuro ou púrpura localizada em pele íntacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocada com danos no tecido mole subjacente pela pressão e ou forças de torção. EPUAP e NPUAP (2009)	

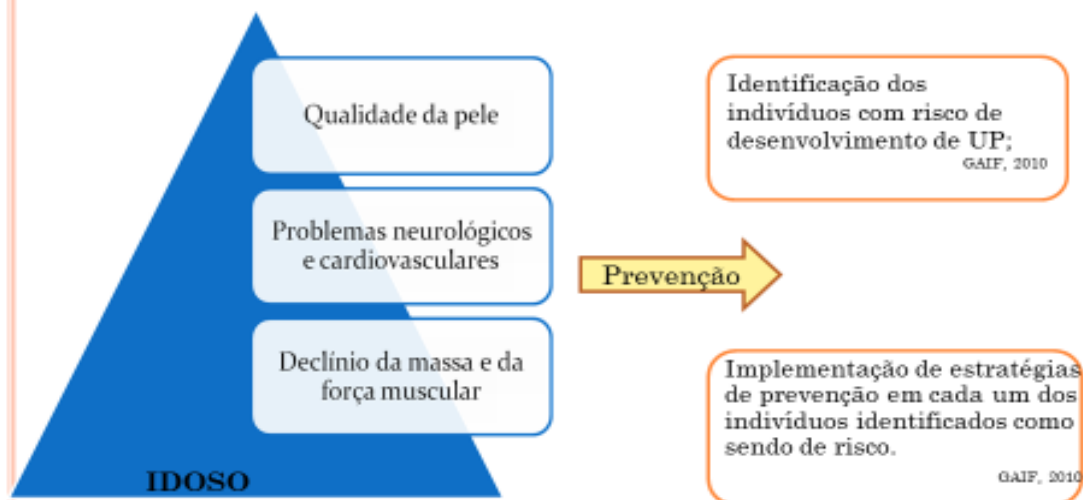
Fatores de risco

- idade avançada,
- imobilidade,
- diminuição da sensibilidade,
- fricção e deslizamento,
- desnutrição,
- humidade excessiva,
- presença de co-morbilidades.

Frantz, 2004; Deffoor & Grypdonck, 2005; Ferreira et al, 2007; Gunningberg, Stotts & Idvall, 2011; Lyder, Wang, Metersky,, Curry, Kliman,... & Hunt,, 2012; NICE, 2014.

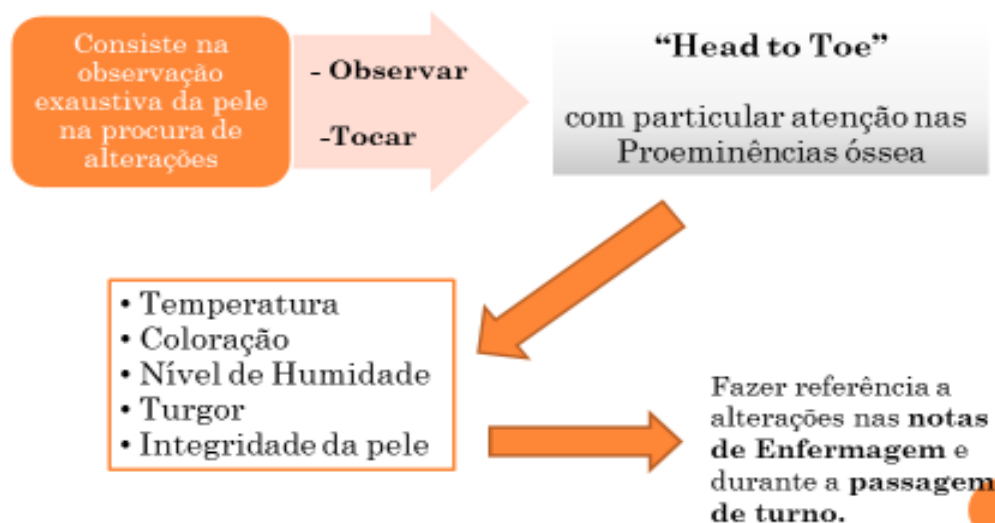
ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE

- “Avaliação do risco de desenvolvimento de UP, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após admissão”,
- Utilização da Escala de Braden e do Instrumento de Avaliação da pele (validados para Portugal);
- Recomendação de períodos de reavaliação do risco de desenvolvimento de UP para as várias tipologias de serviço, sendo a reavaliação do risco de desenvolvimento de UP para o Serviço de Urgência de 24/24h.



Alves, P. (2012). New evidences on pressure ulcers: international guidelines. In *Conferência Internacional Sobre Enfermagem Geriátrica*. Lisboa, 28 Outubro 2011, Edição: Fundação D. Pedro IV & Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel

AVALIAÇÃO COMPREENSIVA DA PELE





Localização da Úlcera de Pressão
Registo das características da UP

AVALIAÇÃO DE RISCO

- 95% das UP são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco .

Frantz, R. A. (2004). Evidence-Based Protocol. Prevention of Pressure Ulcers. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 30 (2), pp. 4-11

- Os resultados da avaliação de risco e das reavaliações devem ser **registados** e as intervenções devem ser **iniciadas** no mais curto espaço de tempo.

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010). *Prevenção das úlceras de pressão: prática baseada na evidência*. Lisboa: GAIF

- Risco de desenvolver UP** - após a avaliação através do julgamento clínico do enfermeiro e/ou através do uso de um instrumento de avaliação de risco validado,

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. Acedido em 20/07/2014. Disponível em: <http://www.nice.org.uk>

ESCALA DE *BRADEN*

- As **Escalas de avaliação** de risco são ferramentas práticas, fáceis de utilizar e precisas para uma atuação precoce por parte dos enfermeiros permitindo assim a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Ferreira, P.L., Minguéns, C., Gouveia J. & Furtado, K. (2007). Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação Nacional da escala de Braden. Loures: Lusociência.

- **Escala de Braden**- Elaborada e aplicada em 1987 e encontra-se em uso em vários países do mundo como é o caso dos Estados Unidos da América, Brasil, Coreia, França, entre outros.

Ferreira, P.L., Minguéns, C., Gouveia J. & Furtado, K. (2007). Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação Nacional da escala de Braden. Loures: Lusociência

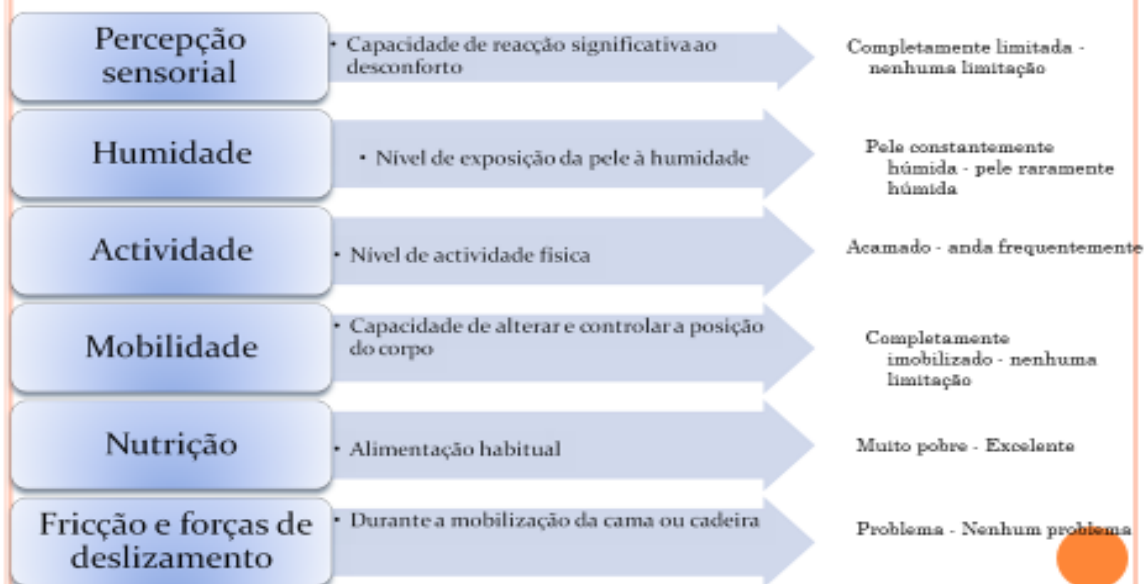
ESCALA DE *BRADEN*

- A sua aplicação em Portugal foi recomendada desde 2008 através da Circular Normativa Nº: 35/DSQC/DSC, uma vez que esta demonstra maior precisão, tendo sido testada e validada para a população portuguesa .

Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Informativa Nº: 35/DSQC/DSC - Avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden. Portugal: DGS

- O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão).
- A pontuação final pode variar de 6 (valor de mais alto risco) até 23 (valor de mais baixo risco).
- *Cutt-off* é de 16.

ESCALA DE *BRADEN*



Direção-Geral da Saúde (2015). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Portugal: DGS

ESCALA DE *BRADEN* - ALERT®

The screenshot displays the Braden-Alert software interface. On the left, a sidebar lists assessment categories: 'Resumo de enfermagem', 'Processo de enfermagem', 'Avaliação de risco de queda do paciente', 'Avaliação de risco de infecção', 'Avaliação de risco de lesão por pressão', 'Avaliação de risco de desnutrição', and 'Avaliação de risco de desidratação'. The main area shows the 'Avaliação de risco de lesão por pressão' (Braden Q) form. It includes a table for 'Avaliação de risco de lesão por pressão' with columns for 'Percepção sensorial', 'Humidade', 'Actividade', 'Mobilidade', 'Nutrição', and 'Fricção e forças de deslizamento'. The 'Fricção e forças de deslizamento' section is highlighted, showing a score of 12. A red box with an arrow points to this section, containing the text: 'Faz referência classificação atribuída a cada sub escala e atribui um score!'. The right sidebar shows a list of assessments with columns for 'Assessores', 'Data', 'Hora', 'Local', 'Resultado', and 'Ações'. The bottom of the interface features a navigation bar with icons for various functions.

BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO DE UP

1. Redistribuição da pressão,
2. Documentar a frequência dos posicionamentos,
3. Manter a tolerância dos tecidos,
4. Boa nutrição,
5. Desenvolver e documentar um plano de cuidados individualizado para o doente identificado como alto risco de desenvolver UP,
6. Fornecer informação ao doente/cuidador,
7. Providenciar formação e treino aos profissionais de saúde .

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. Acesso em 20/07/2014. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk>

BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO DE UP

- Incumprimento de boas práticas nos cuidados prestados a doentes sujeitos a longos períodos de imobilidade,

Direção -Geral da Saúde (2007). *Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados .
Úlceras de Pressão. Prevenção*. Lisboa: DGS

- Se a UP apesar da aplicação consistente de intervenções eficazes se desenvolver, não poderá refletir a qualidade de cuidados,

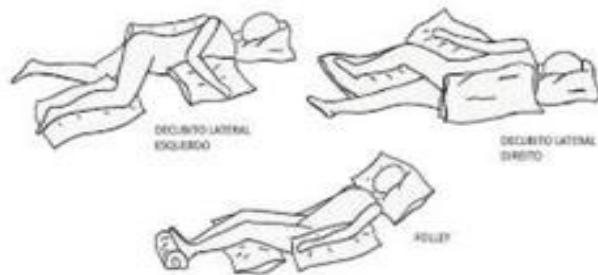
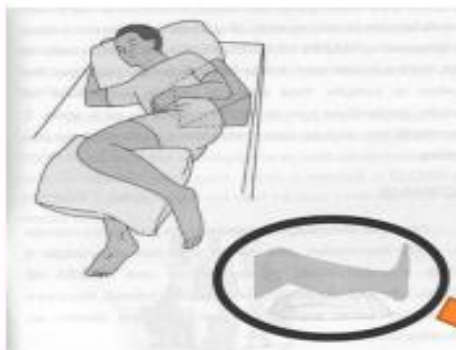
Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010).
Prevenção das úlceras de pressão: prática baseada na evidência. Lisboa: GAIF

- Os enfermeiros são intervenientes privilegiados - **diagnosticam e prescrevem as intervenções**

Rodrigues, A.M., & Soriano, J.V. (2011). Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras por pressão. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*, 3(5), pp.55-63

1. REDISTRIBUIÇÃO DA PRESSÃO

- Uso de almofadas;
- Uso de colchão anti-escaras/distribuidor de pressão



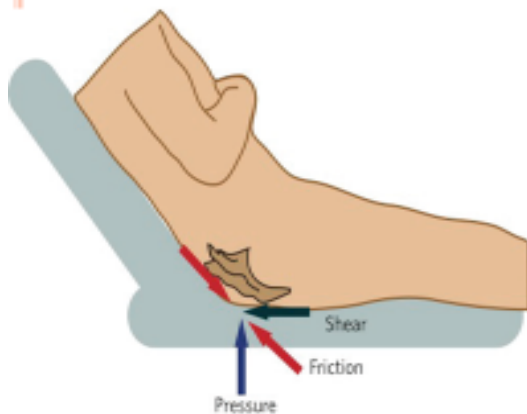
Calcâneos
Não usar "sogra" ou
"donuts"

VNI - BIPAP

- Necessitam de elevação da cabeceira a 30°
- Frequentemente com Idade superior a 65 anos
- Má perfusão tecidual – hipotensão
- Sudação
- Descontrole de esfínter vesical
- Agitação psicomotora - hipoxemia
- Instabilidade hemodinâmica nas primeiras horas



Como Prevenir UP nestes doentes?



- Explicar ao doente porque precisa ser reposicionado,
- Colocar almofadas atrás das costas e ombros,
- Reposicionar os doentes sobre o seu estômago a 30°, apoiado em almofadas,
- Pequenos e frequentes reposicionamentos,
- A desidratação é frequente nestes doentes, oferecer pequenos goles de água, sempre que possível

2. DOCUMENTAR A FREQUÊNCIA DOS POSICIONAMENTOS

- Encorajar os doentes que se encontrem em risco para se reposicionarem frequentemente ou no mínimo de 6/6 h e se em alto risco de 4/4h.
- Deve ser documentada a frequência dos reposicionamentos e criar um plano de reposicionamentos adequado ao doente

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. Acedido em 20/07/2014. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk>

- No Sistema aplicativo ALERT® existe a possibilidade de escolher e programar os posicionamentos de forma individualizada e centrado na pessoa, tendo em conta o horário e o decúbito.

3. MANTER A TOLERÂNCIA DOS TECIDOS

- Manter a pele seca e bem lubrificada, usando uma fina película de amido de milho em área húmida.

Frantz, R. A. (2004). Evidence-Based Protocol: Prevention of Pressure Ulcers. *Journal of Gerontological Nursing*, Vol. 30 (2), pp. 4-11

- O uso de cremes para a preparação da pele de modo a evitar danos na mesma.

Nations



Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. Disponível em: <http://healthcare.nice.org.uk>



5. DESENVOLVER E DOCUMENTAR UM PLANO DE CUIDADOS

Considerar:

- o resultado da avaliação do risco e da pele,
- a necessidade para o alívio de pressão adicional em zonas consideradas de risco,
- a mobilidade,
- a habilidade de se reposicionarem eles próprios,
- outras comorbilidades,
- a preferência do doente.

6. FORNECER INFORMAÇÃO AO DOENTE/CUIDADOR

Essa informação deve incluir:

- as causas da UP,
- os sinais precoces da UP,
- formas de prevenção e as implicações de adquirir uma UP.
- Deve ser demonstrado técnicas e equipamento usado na prevenção de UP.



Entrega de um panfleto educativo durante a hora da visita!

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. Acesso em 20/07/2014. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk>

7. PROVIDENCIAR FORMAÇÃO E TREINO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A formação deve incluir:

- dano por pressão,
- como executar a avaliação de risco e a avaliação da pele,
- como reposicionar,
- informação dos aparelhos de redistribuição da pressão,
- discussão sobre a prevenção de UP com os doentes e seus cuidadores,
- como promover o aconselhamento e apoio
- quem contactar para futuras informações e ações.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. Acesso em 20/07/2014. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk>

ASSEGURAR A CONTINUIDADE DO PROJETO

- Manual temático para consulta rápida da Equipa de Enfermagem – entregue um exemplar a cada chefe de equipa.
- Enfermeiros de Referência:
 - *1 Enfermeiro Especialista, por equipa
 - *1 Enfermeiro Especialista de horário fixo (Manhãs)
- Monitorização da avaliação da pele, do risco através da Escala de Braden e das intervenções da equipa de enfermagem, trimestralmente ou semestralmente.

CONCLUSÃO

- Existe uma necessidade de planificar uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados de forma a reduzir os custos e assegurar melhores resultados em saúde nos doentes em risco de desenvolver UP.
- É necessária uma abordagem sistemática na prevenção, gestão e revisão dos acidentes.
- As UP requerem uma avaliação mais eficaz assim como uma gestão de medidas preventivas.
- É importante o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar na prevenção de UP
- É fulcral o apoio do Enfermeiro Chefe na concretização dos objetivos para a prevenção de UP.

PESSOA IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Obrigada pela atenção



Apêndice XI

Projeto SU: Prevenção e Monitorização de UP no Serviço de Urgência



Hospital Do Divino Espirito Santo, EPE

Ponta Delgada

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados
de Enfermagem

Prevenção e Monitorização de Úlceras de Pressão no Serviço de Urgência

Abril de 2015

Hospital Do Divino Espirito Santo, EPE

Ponta Delgada

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados
de Enfermagem

**Prevenção e Monitorização de Úlceras de
Pressão no Serviço de Urgência**

Enfermeira Chefe: Paula Silva

Telefone: 963231366

Email: ana.pm.silva@azores.gov.pt

Enfermeira autora: Eunice Pires

Telefone: 969061880

Email: eunice.cg.pires@azores.gov.pt

Abril de 2015

SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção- Geral da Saúde

EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel

GAIF – Grupo Associativo de Investigação em Feridas

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

NPUAP- National Pressure Ulcer Advisory Panel

UP – Ulcera de Pressão

Introdução

O envelhecimento humano é um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que inicia mesmo antes do nascimento e que se desenvolve ao longo da vida. O envelhecimento não é um problema mas sim uma parte natural do ciclo de vida e a pessoa deve ter a oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o máximo de tempo possível, de forma independente e no seu meio habitual (Direcção-Geral de Saúde, 2004).

Apesar do progresso das ciências da saúde, que tem permitido o aumento da longevidade, os últimos anos de vida têm sido muitas vezes acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que frequentemente estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção (DGS, 2004). Uma pessoa é considerada “frágil” se reunir um conjunto de critérios pré-definidos e que

“são preditivos de hospitalização prolongada, de mortalidade, de institucionalização e de perda de função após uma hospitalização. Nesses critérios encontra-se a idade superior a 65 anos, AVC, doença crónica ou incapacitante, confusão, depressão, demência, perturbação da mobilidade, dependência para a realização das AVD, queda nos últimos 3 meses, acamamento prolongado, úlceras de pressão, desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, *deficits* sensoriais de visão e audição, problemas socioeconómicos e familiares, utilização de contenções, incontinência e hospitalização não programada nos últimos 3 meses.” (DGS, 2004)

Inserido nos critérios de fragilidade encontra-se a presença de Úlcera de Pressão (UP), que está associada a hospitalizações prolongadas, sepsies e mortalidade. Estudos americanos estimam que 60.000 doentes hospitalizados morrerão por ano devido a complicações por UP que foram adquiridas em meio hospitalar (Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2012). São resultados negativos de cuidados e são responsáveis por causar dor e sofrimento aos doentes (Gunningberg, Stotts & Idvall, 2011).

Num serviço de Urgência, devido à sua situação de doença, o doente encontra-se muitas vezes dependente dos cuidados dos profissionais de saúde, ou porque estão muito fracos para se reposicionarem ou porque estão confinados em macas/camas devido à monitorização cardíaca ou presença de soroterapia.

A Equipa de Enfermagem está consciente que a avaliação do risco de desenvolvimento de UP assim como a avaliação da pele são atividades autónomas de Enfermagem e são importantes para a segurança do doente e consecutivamente para a sua satisfação, no entanto não considera estas intervenções uma prioridade.

Nesta linha de pensamento, torna-se importante o envolvimento da equipa de enfermagem para a uniformização de intervenções de enfermagem no que diz respeito à avaliação do Risco de Desenvolvimento de UP e na aplicação de boas praticas na sua prevenção.

Revisão Sistemática da Literatura

As UP são um problema de saúde pública, tanto a nível nacional como internacional, com crescentes preocupações políticas e económicas devido aos custos financeiros e ao défice da qualidade de vida que impõe ao doente, família e sociedade. Tendo em conta que em 2050 se prevê que em Portugal cerca de 32% da população terá mais de 65 anos e 10% terá 80 anos e que existe uma relação entre a idade avançada e o desenvolvimento de UP, este problema de saúde pública irá se tornar devastador para os profissionais de saúde, devido aos recursos humanos e materiais envolvidos e ao encargo financeiro nas instituições (Ferreira, Minguéns, Gouveia & Furtado, 2007).

A prevalência crescente das UP constituem um problema de saúde pública com repercussões importantes na qualidade de vida do doente, da família e uma sobrecarga financeira para o agregado familiar e sistemas de saúde (GAIF, 2010).

Apesar de se ter pensado que todas as UP eram evitáveis, sabe-se hoje que isso não corresponde à realidade devido a alguns fatores de risco que não são modificáveis como a incontinência fecal, mobilidade e nível de consciência (GAIF, 2010).

É necessário aprofundar cada um dos fatores extrínsecos e intrínsecos de forma a prever o desenvolvimento de UP e assim agir de forma preventiva para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Na Holanda, as UP são a 4ª doença mais dispendiosa em cuidados de saúde porque consomem muitos recursos no que diz respeito a materiais descartáveis, equipamento e tempo de Enfermagem (Defloor & Grypdonck, 2005).

Em Portugal, os dados epidemiológicos mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UP é de cerca de 11,5% (DGS, 2011). Estes dados foram retirados de um estudo empírico realizado em 8 Instituições de Portugal Continental entre Janeiro de 2004 e Setembro de 2005, que incluía todos os tipos de internamento. Este estudo revelou uma prevalência de UP de 54,3% nas especialidades médicas e 60,2% no Serviço de Urgência.

No Serviço de Urgência foi detetado valores de alto risco em doentes parcial ou completamente limitados na perceção sensorial (64.8%), como é o caso de doentes acamados; 37.3% devido à imobilização, 53,6% devido à fricção e forças de deslizamento, o que no total revelou **70.3% dos doentes do Serviço de Urgência com alto risco de desenvolver UP** (Ferreira *et al.* 2007).

No Serviço de Urgência, os doentes são hospitalizados por curtos períodos de tempo, o que torna o risco mais difícil de avaliar mas a incidência de eritema não branqueável é significativamente superior que as restantes, tornando-se ainda mais significativa se não for reposicionado (Defloor & Grypdonck, 2005).

Em 19/05/2011, a DGS emitiu uma orientação ao abrigo do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de Maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº21/2008, de 2 de Dezembro a todos os Médicos e Enfermeiros para proceder-se à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após admissão, utilizando instrumentos validados para Portugal como é o caso da Escala de *Braden*. Recomendou períodos de reavaliação do risco de desenvolvimento de UP para as várias tipologias de serviço, sendo a reavaliação do risco de desenvolvimento de UP para o Serviço de Urgência de 24/24h.

A Escala de *Braden* foi elaborada e aplicada em 1987 e encontra-se em uso em vários países do mundo como é o caso dos Estados Unidos da América, Brasil, Coreia, França, entre outros. Esta escala avalia 6 dimensões: (1) perceção sensorial, (2) humidade, (3) atividade, (4) mobilidade, (5) nutrição e (6) fricção e forças de deslizamento (Ferreira *et al.*, 2007). O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão), (DGS, 2011). A pontuação final pode variar de 6 (valor de mais alto risco) até 23 (valor de mais baixo risco), (Ferreira *et al.*, 2007). O cut-off será de 16 (DGS, 2011).

O SO do SU está inserido na tipologia de internamento, com uma ocupação de 11 camas. Não está previsto o tempo de internamento dos doentes em SO devido a fatores como a instabilidade hemodinâmica do doente ou a sobrelotação da capacidade dos Serviços de destino, podendo a permanência dos doentes em SO variar entre horas ou dias.

Em 2014, o tempo médio de permanência no internamento em SO foi de 12.5 horas, contudo, um doente pode permanecer poucas horas ou levar dias em que no final de 72 horas de internamento, o Sistema Informático GlinTT® obriga a uma nova inscrição do doente conduzindo a falsos resultados.

Neste levantamento estatístico também podemos constatar que o tempo médio diário de permanência por dia varia entre 12.43h e 18.5h, sendo os períodos mais altos nos meses de Janeiro e Fevereiro e o mais baixo em Novembro, o que podemos concluir que sendo o limite 11 camas, existe sempre uma rotatividade de doentes no mínimo de 150%/dia.

Para além destes números não refletirem a realidade do tempo de permanência dos doentes em SO, que é muito superior ao apresentado, é essencial caracterizar o tipo de doentes internados em SO:

- Doentes com ventilação mecânica,
- Doentes com traumatismo vertebro-medulares,
- Doentes com idades superiores a 65 anos muitas vezes desnutridos e com desidratações graves,
- Doentes com insuficiência respiratória global por obesidade,
- DPOC/Insuficiência respiratória global com necessidade de ventilação não invasiva,
- Doentes com alteração da perfusão/oxigenação periférica,

Estima-se que cerca de 95% UP são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. A avaliação do risco de desenvolvimento de UP é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento (Frantz, 2004). No entanto, “é reconhecido que a utilização destas práticas não é sistemática nas unidades prestadoras de

cuidados de saúde” (Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, pp.3882 (8)).

O papel dos enfermeiros é crucial na prevenção de UP porque são os profissionais que recolhem os dados, estabelecem diagnósticos, prescrevem e realizam intervenções e avaliam os resultados. Para isso, os enfermeiros necessitam de saber as características individuais dos doentes mas também identificar em cada situação os fatores de risco principais como é o caso das UP (Lucena, A. F., Santos, C.T., Pereira, A.G.S., Almeida, M. A., Dias, V. L. M., Friedrich, M.A., 2011).

A prevenção de UP é muitas vezes efetuada através do raciocínio clínico para estabelecer as suas intervenções de enfermagem, sem outro tipo de suporte.

Muitas estratégias de pensamentos diferentes foram usados no raciocínio clínico dos enfermeiros para a prevenção de úlceras de pressão. No entanto, a estratégia de pensamento "fazer escolhas", foi o mais utilizado e o objetivo principal das enfermeiras estava no planeamento de intervenções de enfermagem (Fossum et al, 2011). Contudo, o conhecimento dos fatores de risco e das medidas preventivas, por si só, pode não ser indicador de que os enfermeiros na sua prática estão atentos à problemática ou prestam os cuidados que explicitam (Rodrigues & Soriano, 2011). O conhecimento dos enfermeiros não é um preditor independente significativo na avaliação do risco de UP e pode até conduzir a estratégias preventivas e resultados inadequados (Demarré et al, 2012).

“A Boa Prática advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos” (Ordem Enfermeiros, 2007).

O aparecimento de uma UP deve-se ao incumprimento de boas práticas nos cuidados prestados a doentes sujeitos a longos períodos de imobilidade (DGS, 2007), no entanto, apesar do aparecimento de uma UP poder ser resultado de cuidados insuficientes ou inapropriados, se a UP apesar da aplicação

consistente de intervenções eficazes se desenvolver, não poderá refletir a qualidade de cuidados (GAIF, 2010).

NICE (2014), considera que um adulto está em risco de desenvolver UP quando após a avaliação através do julgamento clínico do enfermeiro e/ou através do uso de um instrumento de avaliação de risco validado, esta pessoa se encontra em risco. Os adultos considerados em alto risco têm a isso associado múltiplos fatores de risco como mobilidade limitada significativa, perda de sensibilidade significativa, história de úlcera de pressão, deficiência nutricional, impossibilidade de se reposicionar sem ajuda e déficit cognitivo significativo (NICE, 2014). Outros autores diferenciam esses fatores de risco em extrínsecos como a pressão, fricção, forças de deslizamento, superfícies de apoio, humidade, uso de irritantes cutâneos (sabões, desinfetantes) e medicação (sedativa e corticoesteroides) e fatores intrínsecos como a idade (superior a 65 anos), insuficiência vasomotora e pressão arterial baixa, imobilidade, Diabetes Mellitus, desnutrição/desidratação, vasoconstrição periférica, alterações endoteliais e condição física (Ferreira et al, 2007, p.7). Esta diferenciação dos fatores extrínsecos e intrínsecos poderá facilitar a intervenção direcionando a cada fator de risco o cuidado a prestar, devido à sua fácil identificação.

A Escala de *Braden* não deve ser utilizada isoladamente para a avaliação do risco de UP, deve ser acompanhada por uma avaliação regular da pele (Frantz, 2004), sendo a escala parte de uma avaliação holística completa (GAIF, 2010).

Assim, todos os doentes admitidos numa Instituição de Saúde devem ser submetidos a uma avaliação de risco de desenvolver UP e consiste numa avaliação inicial onde se inclui a avaliação da pele; avaliação do risco de desenvolver uma UP recorrendo a uma escala de avaliação de risco; avaliação do risco nutricional e avaliação global do doente e posteriormente uma reavaliação de acordo com o risco. No entanto, apenas uma minoria de enfermeiros efetua uma avaliação do risco de desenvolver UP, sendo essa avaliação a menos utilizada pelos enfermeiros na prevenção quando deveria ser considerado como suporte diagnóstico de todos os outros (GAIF, 2010).

A Prevenção das UP sustenta-se em dois pilares: a identificação dos indivíduos com risco de desenvolvimento de UP e a implementação de estratégias de prevenção em cada um dos indivíduos identificados como sendo de risco (GAIF, 2010).

A intervenção para prevenir o desenvolvimento da UP incide diretamente na **redução dos efeitos da pressão no corpo e aumentar a tolerância dos tecidos**.

Todos os doentes em risco de desenvolver UP devem ser colocados numa superfície de redução de pressão, seja na cama ou cadeira, de espuma, ar, gel ou água.

Intervenções para manter a tolerância dos tecidos consiste em manter a pele seca e bem lubrificada, usando uma fina película de amido de milho em área húmida e creme hidratantes em pele seca. Uma boa nutrição é fundamental para manter a integridade da pele, o doente com compromisso da nutrição deve ter um plano nutricional e suplementos alimentares implementados (Frantz, 2004).

Realizar e documentar uma avaliação de risco de UP tendo em conta os fatores de risco, o uso de uma escala de avaliação de risco validada para apoiar o julgamento clínico, reavaliar sempre que houver uma alteração do estado clínico (NICE, 2014).

Neste tipo de cuidados, os protocolos, guias ou orientações predefinidas demonstram melhoria nos cuidados prestados (Rodrigues e Soriano, 2011). Os resultados da avaliação de risco e das reavaliações devem ser registados e as intervenções devem ser iniciadas no mais curto espaço de tempo (GAIF, 2010; Gunningberg, Stotts & Idvall, 2011).

Desenvolver e documentar um plano de cuidados individualizado para o doente que foi identificado como alto risco de desenvolver UP, tendo em consideração o resultado da avaliação do risco e da pele, a necessidade para o alívio de pressão adicional em zonas consideradas de risco, a mobilidade e a habilidade de se reposicionarem eles próprios, outras comorbilidades e a preferência do doente (NICE, 2014).

Providenciar formação e treino aos profissionais de saúde referindo quem provavelmente estará em risco de desenvolver UP, como identificar dano por pressão, quais os passos a utilizar na prevenção de UP, quem contactar para futuras informações e ações. Esta formação também deve incluir como executar a avaliação de risco e a avaliação da pele, como reposicionar, informação dos aparelhos de redistribuição da pressão, discussão sobre a prevenção de UP com os doentes e seus cuidadores, detalhes de fontes de aconselhamento e apoio (Frantz, 2004; NICE, 2014).

A Qualidade na saúde assenta em várias dimensões como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado, garantindo também a continuidade dos cuidados, a sua eficiência e efetividade (Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020).

Atualmente, no Serviço de Urgência, não existe avaliação do risco de desenvolvimento de UP através da utilização de uma escala ou a avaliação da pele de forma organizada ou sistematizada pela equipa de Enfermagem.

Existe uma necessidade de planificar uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados de forma a reduzir os custos e assegurar melhores resultados de saúde nos doentes em risco. Assim, uma abordagem sistemática na prevenção, gestão e revisão dos acidentes é necessária. As UP requerem uma avaliação mais eficaz assim como uma gestão de medidas preventivas. Apesar do avanço de cuidados médicos, a prevalência de UP continua elevada durante a hospitalização (Alja'afreh, M. & Mosleh, S.M, 2013).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 recomenda que “as instituições realizem, de forma sistemática, a avaliação do risco, a prevenção e o tratamento das úlceras de pressão, de acordo com a realidade institucional, e que realizem auditorias internas para assegurar a melhoria continua destas práticas”, estabelecendo como metas para o final de 2020:

- a) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar UP,
- b) Reduzir em 50% face a 2014 o número de UP adquiridas nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde.

FINALIDADE

- Promover boas práticas na Equipa de Enfermagem na Prevenção de Úlceras de Pressão na pessoa internada em SO, no Serviço de Urgência;

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente/família em risco de desenvolvimento de UP, internado no Serviço de Urgência;

Objetivos Específicos

- Capacitar a equipa de enfermagem para a aplicação da Escala de Braden e prevenção das UP;
- Criar folha de auditoria interna aos registos de enfermagem relacionada com a avaliação do risco de desenvolvimento de UP no SU

ENUNCIADO DESCRITIVO

- Prevenção de Complicações

Checklist de Heather Palmer

1. Dimensão Estudada

Adequação técnico-científica

2. Unidades de estudo

- **Utilizadores incluídos na avaliação**

Todos os doentes que se enquadram nos critérios propostos pela orientação da DGS do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de Maio, internados em SO;

- **Profissionais em avaliação**

Todos os enfermeiros em prestação de cuidados diretos no SO;

- **Período de tempo que se avalia**

Período de Julho a Dezembro de 2015;

3. Tipo de dados

Processo

4. Fonte de dados

Registos Institucionais- Processo clinico obtido através do Sistema Informático Glintt®

5. Tipo de avaliação

Interna: Inter-pares

6. Critérios de avaliação

Critérios Explícitos – Normativos

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
<p>Na admissão de doentes no SO o enfermeiro deve:</p> <p>- Realizar a avaliação do risco de úlcera de pressão nas primeiras 6h após admissão.</p>	<p>- Doentes com idade inferior a 18 anos</p> <p>- Doentes em assistência ambulatoria ou em qualquer situação em que não está previsto tempo de internamento superior ou igual a 24 horas, a menos que exista alteração no estado clínico</p> <p>- Portadores de doença mental</p> <p>- Portadores de patologia em que esteja implícito o risco de automutilação.</p>	<p>De acordo com a Orientação da Direção – Geral da Saúde de 19/05/2011</p> <p>“Escala de <i>Braden</i>: versão adulto e Pediátrica (<i>Braden Q</i>)”</p>
<p>- Realizar a avaliação da condição da pele nas primeiras 6h após admissão</p>		
<p>- Realizar a avaliação do risco de úlcera de pressão de 24 em 24 horas</p>		
<p>- Realizar a Avaliação da condição da pele de 24 em 24 horas</p>		
<p>- Realizar a avaliação do risco de úlcera de pressão sempre que se verifiquem alterações do estado geral do doente</p>		
<p>- Registrar o score da avaliação do risco através da escala de <i>Braden</i></p>		
<p>- Registrar as intervenções de enfermagem após avaliação de alto risco</p>		

7. Colheita de Dados

Enfermeiro coordenador do projeto – (Instrumento de Auditoria de registos)

8. Relação temporal

Retrospetiva

9. Seleção da amostra

Institucional

Indicadores

- **Epidemiológicos**

- ✓ Percentagem de utentes com alto risco e com baixo risco de UP
- ✓ Taxa de incidência de UP

- **Processo**

- ✓ 10% de todos os doentes internados em SO tenham avaliação das intervenções de Enfermagem após a avaliação do doente como sendo de alto risco

- **Resultados**

- ✓ 10% de todos os doentes internados em SO tenham avaliação do risco de desenvolvimento de UP através da aplicação da Escala de *Braden* e da avaliação da pele, salvo exceções, nas primeiras 6 horas após admissão

- **Estrutura**

- ✓ 10% de todos os doentes internados em SO avaliados como sendo de alto risco foi utilizado dispositivo de alívio de pressão
- ✓ 10% de todos os doentes internados em SO avaliados como sendo de alto risco foi garantida a proteção da pele

10. Intervenção Prevista

Medidas Educacionais

- Formação em Serviço para divulgação e envolvimento da Equipa de Enfermagem no projeto “Prevenção de UP no Serviço de Urgência”;
- Formação em Serviço sobre a avaliação do Risco de Desenvolvimento de UP através da utilização da Escala de *Braden* e Avaliação da pele;
- Discussão de estudos de caso de forma a realizar intervenções de enfermagem tendo em conta os diferentes níveis de risco e a melhor evidência possível;
- Elaboração de Dossier temático para consulta pela equipa de enfermagem com documentos de apoio relacionados com a prevenção de UP baseado na melhor evidência possível;

Mudanças estruturais

- Aquisição de um dispositivo de alívio de pressão (colchão de pressão alterna/gel);
- Aquisição de cremes barreira/ protetores da pele (corpitol spray, placas hidrocoloides extra finas);
- Realização de folhetos para realização de ensinios à família e doente no momento da alta;

BIBLIOGRAFIA

Alja'afreh, M & Mosleh, S.M. (2013). Pressure ulcers in Jordan: a snapshot survey oh a tertiary public hospital. *British Jornal of Nursing*. 22(20).

Baumgarten, M. et al (2012). Care-Related Risk Factors for Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Elderly Adults with Hip Fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 277-283. Acedido em 19/05/2014. Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/folder?sid=1aafcbab-77b1-4a36-9ac0-0b0b14cd71cf%40sessionmgr110&vid=37&hid=127>

Carrilho, M. & Patrício, L. (2010). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, (48), 101 – 146. Acedido em 25/1/2014 de Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=103155854&ESTUDOSmodo=2

Defloor, T. & Grypdonck, M.F.H. (2004). Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *Journal of Clinical Nursing*. 14, pp.373-382

Demarré, L., Vanderwee, K., Defloor, T., Verhaeghe, S., Schoonhoven, L. Beeckaman, D. (2012). Pressure ulcers: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *Journal Of Clinical Nursing*, 21 (9/10), 1425-1434. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03878.x. Acedido em: 9/04/2014. CiNHAL with full text. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=74194286&lang=pt-br&site=ehost-live>

Direção- Geral da Saúde (2004). Circular normativa nº 13, 2/07/2004. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

Direção - Geral da Saúde (2007). *Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados. Ulceras de Pressão. Prevenção*. Lisboa: DGS

Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Informativa Nº: 35/DSQC/DSC - *Avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden*. Portugal: DGS. Acedido a 1-06-2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-35dsqcdsc-de-12122008.aspx>

Direção- Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Portugal: DGS

Direção – Geral da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Despacho nº. 1400-A/2015 em Diário da Republica, 2.^a série-N.º28-10 de fevereiro de 2015. pp. 3882(2)-3882(10).

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. Acedido em Maio 2014. Disponível em:

http://gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf

Ferreira, P.L., Minguéns, C., Gouveia J. & Furtado, K. (2007). Risco de Desenvolvimento de Ulceras de Pressão. Implementação Nacional da escala de Braden. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-37-0

Fossum, M., Alexander, G., Göransson, K., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2011). Registered nurses' thinking strategies on malnutrition and pressure ulcers in nursing homes: a scenario-based think-aloud study. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(17/18), 2425-2435. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03578.x Acedido em 18 de Junho de 2014. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=64720579&lang=pt-br&site=ehost-live>

Frantz, R. A. (2004). Evidence-Based Protocol. Prevention of Pressure Ulcers. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 30 (2), pp. 4-11

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010). *Prevenção das ulceras de pressão: prática baseada na evidencia*. Lisboa: GAIF

Gunningberg, L., Stotts, N.A & Idvall, E., (2011). Hospital-acquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: cross-sectional data as the foundation for future quality improvement. *International Wound Journal*. 8(5), pp.465-473

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2012). Pressure Ulcer Prevention and treatment. Protocol Summary. Acedido em 18/08/2014.

Disponível em:

https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_patient_safetyreliability_guidelines/pressure_ulcer/

Lucena, A. F., Santos, C.T., Pereira, A.G.S., Almeida, M. A., Dias, V. L. M., Friedrich, M.A. (2011). Clinical Profile and Nursing Diagnosis of Patients at Risk of Pressure Ulcers. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)*, 19(3), 523-530. Acedido em: 9/04/2014. Cinahl with full text. Disponível

em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=63716926&lang=pt-br&site=ehost-live>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. Acedido em

20/07/2014. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/pressure-ulcers#path=view%3A/pathways/pressure-ulcers/preventing-pressure-ulcers-in-adults.xml&content>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos. Lisboa.

Rodrigues, A.M., & Soriano, J.V. (2011). Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliares na prevenção de úlceras por pressão. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*, 3(5), 55-63. Acedido em: 9/04/2014. Cinahl with full text.

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=70438972&lang=pt-br&site=ehost-live>

Rosengren, K. et al (2012). Quality registry, a tool for patient advantages – from a preventive caring perspective. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 196–

205. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01378.x. Acedido em 19/05/2014.

Academic Search Complete. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=1aafcbbab-77b1-4a36-9ac0-0b0b14cd71cf%40sessionmgr110&hid=127>

ANEXO II- Descrição da Escala de *Braden*

ANEXO III- Instrumento de Auditoria de Registos

Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão Registo,
Intervenção e Monitorização

Instrumento de Auditoria de Registos

Mês _____ Auditor _____ Processo nº _____

Critérios	Sim	Não	Não aplicável
Está registado a avaliação do risco de úlcera de pressão nas primeiras 6h após admissão			
Está registado a condição da pele nas primeiras 6h após admissão			
Está registado a avaliação do risco de úlcera de pressão de 24 em 24 horas			
Está registado a condição da pele de 24 em 24 horas			
Está registado a avaliação do risco de úlcera de pressão sempre que se verifiquem alterações do estado geral do doente			
O registo de enfermagem menciona o score encontrado na escala de Braden			
O registo de enfermagem menciona diagnósticos e intervenções de enfermagem			

Adaptado de: Direção-Geral da Saúde (2011). Circular Informativa Nº: 35/DSQC/DSC - *Avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden*. Portugal: DGS. Acedido a 1-06-2014.

Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-35dsqcdsc-de-12122008.aspx>

ANEXO IV – Cronograma de Atividades

[illegible]

APÊNDICE XII

Sessão de Formação:

Apresentação do projeto à equipa de enfermagem

Prevenção e Monitorização de Úlceras de Pressão no Serviço de Urgência

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA
QUALIDADE DOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM

Enfermeira Eunice Pires

2015

SUMÁRIO

- Epidemiologia
- Conceitos
 - a) *Úlcera de Pressão*
 - b) *Classificação*
 - c) *Fatores de Risco*
 - d) *Prevenção*
 - e) *Avaliação abrangente da pele*
 - f) *Avaliação de risco – Escala de Braden*
- Boas Práticas na Prevenção de UP
- Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
- Conclusão

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Capacitar a Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência para a prevenção de Úlceras de Pressão

Objetivos específicos:

- Compreender os principais conceitos;
- Compreender a Avaliação Compreensiva da Pele;
- Analisar a Escala de *Braden* como instrumento de avaliação de risco;
- Compreender as boas práticas na prevenção de UP.

EPIDEMIOLOGIA

- A Úlcera de Pressão (UP) está associada a hospitalizações prolongadas, sépsis e mortalidade.
- Constituem um problema de saúde pública:
 - repercussões na qualidade de vida do doente,
 - da família
 - uma sobrecarga financeira para o agregado familiar e Sistemas de Saúde.

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010).

Prevenção das úlceras de pressão: prática baseada na evidência. Lisboa: GAIF

- São resultados negativos de cuidados e são responsáveis por causar dor e sofrimento aos doentes.

Gunningberg, L., Stotts, N.A & Idvall, E., (2011). Hospital-acquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: cross-sectional data as the foundation for future quality improvement. *International Wound Journal*. 8(5), pp.465-473

- O aparecimento de uma UP deve-se ao **incumprimento de boas práticas** nos cuidados prestados a doentes sujeitos a longos períodos de imobilidade.

Direção-Geral da Saúde (2007). *Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados - Úlceras de Pressão. Prevenção. Lisboa: DGS*

- Estudos americanos estimam que 60.000 doentes hospitalizados morrerão por ano devido a complicações por UP.

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2012.

- Na Holanda, são a 4ª doença mais dispendiosa em cuidados de saúde porque consomem muitos recursos no que diz respeito a materiais descartáveis, equipamento e tempo de Enfermagem.

Defloor, T. & Grypdonck, M.F.H. (2004). Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14, pp.373-382

- Em Portugal, os dados epidemiológicos mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UP é de cerca de **11,5%**.

Direção-Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Portugal: DGS*

- 54.3% nas Especialidades Médicas
- **60.2%** no Serviço de Urgência:
 - limitação na perceção sensorial,
 - imobilização,
 - fricção e forças de deslizamento.

Ferreira, P.L., Minguéns, C., Gouveia J. & Furtado, K. (2007). Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação Nacional da Escala de Braden. Loures: Lusociência

- Prevalência de **56%** de UP em idades entre **80-90 anos**;
- **83%** das zonas de pressão centram-se na região sacrococcígea e calcâneo.

Moore, J. & Cowman, B. (2012). Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland.

Journal Of Clinical Nursing . Vol. 21 (3-4), pp. 362-71

O risco de desenvolvimento de UP aumenta consideravelmente quando se combina a imobilidade, compromisso do sistema imunitário e perda de massa muscular.

Direção -Geral da Saúde (2007). *Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados . Úlceras de Pressão. Prevenção*. Lisboa: DGS

ESTUDO DE CASO

Homem 73 anos, caucasiano, casado

A.P:

Paralisia Facial,

DCV ,

Doença Osteoarticular,

HTA

Parcialmente dependente nas suas AVD - Deambula com andarilho

Triagem – 29/04/2015 21:14

“vem com bombeiros e esposa por cefaleia occipital e cervical e com agravamento da diminuição da força muscular dos membros inferiores; Escala de coma de Glasgow:15; Temperatura: 36.1°C, Escala de dor:5”

Balcões - 29/04/2015 22:40

“O Sr. X recorre ao SU por cefaleia intensa. A entrada muito queixoso. Puncionado acesso venoso periférico. Ficou com analgesia em curso. Irá efetuar TAC-CE pela manhã.”

Balcões – 30/04/2015 6:22

“O sr. X com monólogo alto, confuso, com tentativa de auto-levante. Foi administrado Haldol 10mg. Pouco eficaz. Inquietude no leito, imobilizado dos membros superiores.”

Balcões – 11:02

“Utente observado pelo neurologista,

“Hemorragia intra-patênquimatosa parieto-occipital dta com rotura ventricular e sangue em grande quantidade na ponta occipital do ventrículo lateral dto”

○ foi para SO”.

Sala de Observação – 11:58

Imobilizado para prevenção de acidentes

Escala de Braden- 11 (alto risco)



Sala de Observações

Proteção com placa de poliuretano espuma (calcâneo) em ambos os cotovelos,

Ácidos gordos hiperoxigenados (corpitol Spray) no cotovelo esquerdo.

Internamento – 30/04/2015 15:03

- Faz referência à caracterização da pele realizada no SO
- Intervenções para a prevenção e tratamento de UP realizados em SO

Internamento – 1/05/2015 16:19

- Colocado colchão de pressão alterna
- Mantém intervenções iniciadas em SO

Internamento – 11/05/2015 15:11

- Totalmente dependente nas suas AVD
- Cicatrização das UP de ambos os cotovelos, sem lesões na pele

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO - GERAL DE SAÚDE

- “Avaliação do risco de desenvolvimento de UP, em **todos** os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, **nas primeiras seis horas após admissão**”,
- Utilização da Escala de Braden e do Instrumento de Avaliação da pele (validados para Portugal);

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

- “melhorar a gestão de riscos associados à prestação de cuidados de saúde”
- “deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear.”

Direção – Geral da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Despacho n.º 1400-A/2015 em Diário da República, 2.ª série-N.º 28-10 de fevereiro de 2015. pp. 3682(2)-3682(10).

7º OBJETIVO ESTRATÉGICO- PREVENIR A OCORRÊNCIA DE UP

- “as instituições realizem, de forma **sistemática**, a avaliação do risco, a prevenção e o tratamento das úlceras de pressão, que realizem auditorias internas para assegurar a melhoria contínua destas práticas”

Metas para o **final de 2020**:

- 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar UP,
- Reduzir em 50% face a 2014 o número de UP adquiridas nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde.

CONCEITOS

Úlcera de Pressão





- “uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma **proeminência óssea**, em resultado da **pressão** ou de uma combinação entre esta e forças de torção.”

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2006, p.9



- “o principal factor causal é a aplicação localizada de **pressão** numa área de pele não adaptada à magnitude destas forças.”

Maricon, M. J., (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. (J. C. Guscoia e R. Furtado, Trad.) Leures: Lusocitânia. (tradução do original de inglês: The Prevention and Treatment of Pressure Ulcers, 2001, Harcourt - Mosby)

CLASSIFICAÇÃO DE UP

Categoria I Eritema não branqueável em pele intacta	Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefacção ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento. EPUAP e NPUAP (2009)	
Categoria II perda parcial da espessura da pele ou flictena	Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho-rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático. EPUAP e NPUAP (2009)	
Categoria III Perda total da espessura da pele (Tecido subcutâneo Visível)	Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (Fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. EPUAP e NPUAP (2009)	
Categoria IV Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)	Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou necrótico. Frequentemente são cavitários e fistulados. EPUAP e NPUAP (2009)	

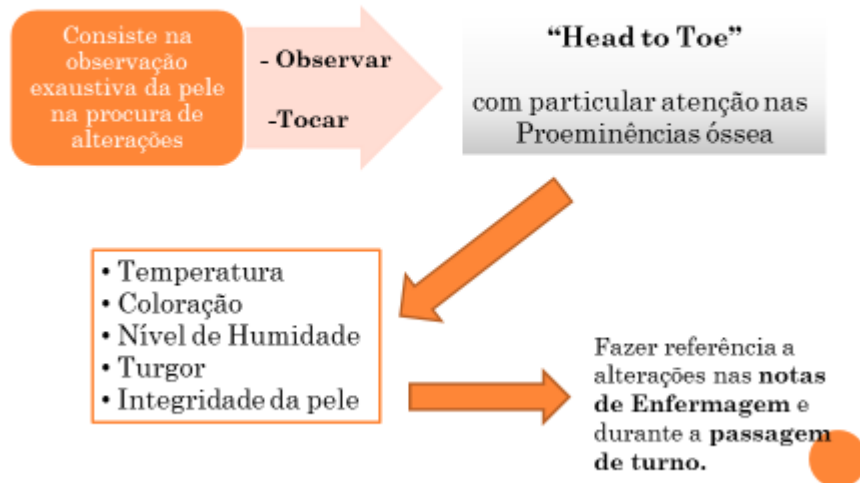
NOVAS CATEGORIAS

Categoria não graduável/inclassificável Perda total da pele ou tecidos, profundidade indeterminada	Perda total da espessura dos tecidos na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença do tecido necrótico. EPUAP e NPUAP (2006)	
Suspeita de lesão profunda dos tecidos	Área vermelho escuro ou púrpura localizada em pele íntacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocada com danos no tecido mole subjacente pela pressão e ou forças de torção. EPUAP e NPUAP (2006)	

Fatores de risco

- idade avançada,
- imobilidade,
- diminuição da sensibilidade,
- fricção e deslizamento,
- desnutrição,
- humidade excessiva,
- presença de co-morbilidades.

AVALIAÇÃO COMPREENSIVA DA PELE



Agency for Healthcare Research and Quality(2014). Preventing Pressure Ulcers in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care.
www.ahrq.gov

AVALIAÇÃO DE RISCO

- No Serviço de Urgência, os doentes são hospitalizados por curtos períodos de tempo, o que torna o risco mais difícil de avaliar mas a incidência de eritema não branqueável é significativamente superior que as restantes.

Defloor, T. & Grypdonck, M.F.H. (2004). Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales.
Journal of Clinical Nursing, 14, pp.373-382

- 95% das UP são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco .

Frantz, R. A. (2004). Evidence-Based Protocol: Prevention of Pressure Ulcers.
Journal of Gerontological Nursing, Vol. 30 (2), pp. 4-11

- Os resultados da avaliação de risco e das reavaliações devem ser **registados** e as intervenções devem ser **iniciadas** no mais curto espaço de tempo.

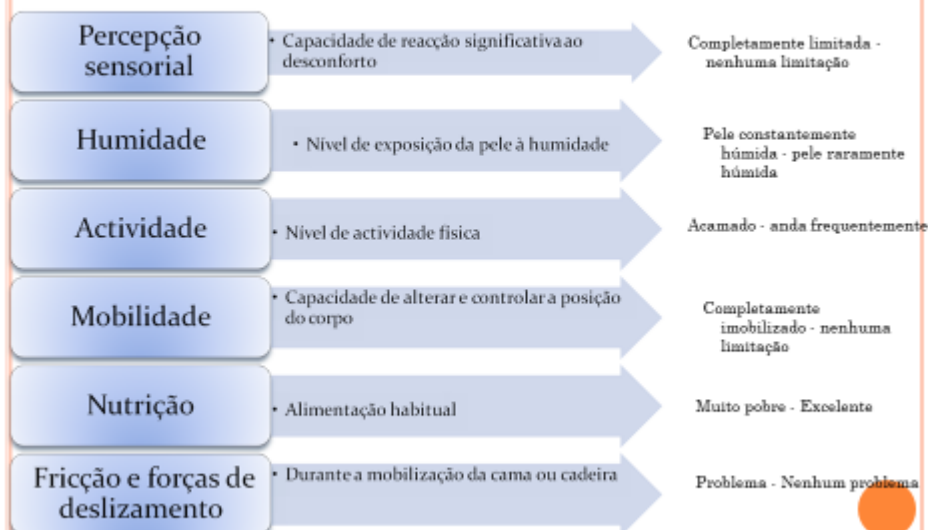
Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010). *Prevenção das úlceras de pressão: prática baseada na evidência*. Lisboa: GAIF

ESCALA DE *BRADEN*

- A sua aplicação em Portugal foi recomendada desde 2008 através da Circular Normativa Nº: 35/DSQC/DSC, uma vez que esta demonstra maior precisão, tendo sido testada e validada para a população portuguesa .
- Avalia 6 dimensões: (1) percepção sensorial, (2) humidade, (3) atividade, (4) mobilidade, (5) nutrição e (6) fricção e forças de deslizamento.
- A pontuação final pode variar de 6 (valor de mais alto risco) até 23 (valor de mais baixo risco).
- *Cutt -of* é de 16.

Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Informativa Nº: 35/DSQC/DSC - Avaliação de risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden. Portugal: DGS

ESCALA DE *BRADEN*



Direção-Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Portugal: DGS

DOENTES SUJEITOS A LONGOS PERÍODOS DE IMOBILIDADE NO SO

- Doentes com necessidade de ventilação mecânica,
- Doentes politraumatizados graves,
- Doentes com idades superiores a 65 anos,
- DPOC/Insuficiência Respiratória Global com necessidade de ventilação não invasiva,
- Doentes com alteração da perfusão/oxigenação periférica (sépsis).



BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO DE UP

- Incumprimento de boas práticas nos cuidados prestados a doentes sujeitos a longos períodos de imobilidade,
Direção -Geral da Saúde (2007). *Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados . Úlceras de Pressão. Prevenção.* Lisboa: DGS
- Se a UP apesar da aplicação consistente de intervenções eficazes se desenvolver, não poderá refletir a qualidade de cuidados,
Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010). *Prevenção das úlceras de pressão: prática baseada na evidência.* Lisboa: GAIF
- Os enfermeiros são intervenientes privilegiados - **diagnosticam e prescrevem as intervenções**

Rodrigues, A.M., & Soriano, J.V. (2011). Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras por pressão. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*, 3(3), pp. 55-63



BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO DE UP

1. Redistribuição da pressão,
2. Documentar a frequência dos posicionamentos,
3. Manter a tolerância dos tecidos,
4. Boa nutrição,
5. Desenvolver e documentar um plano de cuidados individualizado para o doente identificado como alto risco de desenvolver UP,
6. Fornecer informação ao doente/cuidador,
7. Providenciar formação e treino aos profissionais de saúde .

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. Acedido em 20/07/2014. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk>

REDISTRIBUIÇÃO DA PRESSÃO

- Uso de almofadas;
- Uso de colchão pressão alterna (células com diâmetro ≥ 10 cm) ou viscoelástica



Calcâneos
Não usar "sogra" ou "donuts"

Agency for Healthcare Research and Quality(2014) Preventing Pressure Ulcers in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. www.ahrq.gov

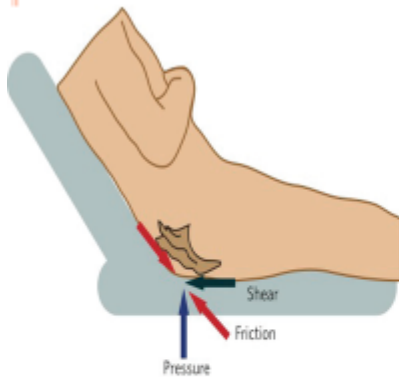
VNI - BIPAP

- Necessitam de elevação da cabeceira a 30°
- Frequentemente com Idade superior a 65 anos
- Má perfusão tecidual – hipotensão
- Sudação
- Descontrole de esfínter vesical
- Agitação psicomotora – hipoxémia
- Sonolência – hipercapnia
- Instabilidade hemodinâmica nas primeiras horas



Como Prevenir UP nestes doentes?

Agency for Healthcare Research and Quality(2014). Preventing Pressure Ulcers in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care.
www.ahrq.gov



- Explicar ao doente porque precisa ser reposicionado,
- Colocar almofadas atrás das costas e ombros,
- Reposicionar os doentes sobre o seu estômago a 30°, apoiado em almofadas,
- Pequenos e frequentes reposicionamentos,
- A desidratação é frequente nestes doentes, oferecer pequenos golos de água, sempre que possível

Agency for Healthcare Research and Quality(2014). Preventing Pressure Ulcers in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care.
www.ahrq.gov

MANTER A TOLERÂNCIA DOS TECIDOS

- Manter a pele seca e bem lubrificada.

Frantz, R. A. (2004). Evidence-Based Protocol: Prevention of Pressure Ulcers. *Journal of Gerontological Nursing*, Vol. 30 (2), pp. 4-11

- O uso de cremes para a preparação da pele de modo a evitar danos na mesma.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. Acedido em 20/07/2014. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk>



DESENVOLVER E DOCUMENTAR UM PLANO DE CUIDADOS

Considerar:

- o resultado da avaliação do risco e da pele,
- a necessidade para o alívio de pressão adicional em zonas consideradas de risco,
- a mobilidade,
- a habilidade de se reposicionarem eles próprios,
- outras comorbilidades,
- a preferência do doente.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. Acedido em 20/07/2014. Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk>

PROVIDENCIAR FORMAÇÃO E TREINO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A formação deve incluir:

- dano por pressão,
- como executar a avaliação de risco e a avaliação da pele,
- como reposicionar,
- informação dos aparelhos de redistribuição da pressão,
- discussão sobre a prevenção de UP com os doentes e seus cuidadores,
- como promover o aconselhamento e apoio
- quem contactar para futuras informações e ações.

www.puclas.ugent.be/international_elearning.html

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. Acedido em 20/07/2014. Disponível em: <http://easchurars.nice.org.uk>

PROJETO DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Prevenção e Monitorização de Úlceras de Pressão no Serviço de Urgência

ENUNCIADO DESCRITIVO

- Prevenção de complicações

Checklist de Heather Palmer

1. Dimensão Estudada

- Adequação técnico-científica

2. Unidades de estudo

- **Utilizadores incluídos na avaliação**

Todos os doentes que se enquadram nos critérios propostos pela orientação da DGS do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de Maio, internados em SO;

Profissionais em avaliação

- Todos os enfermeiros em prestação de cuidados diretos no SO;

Período de tempo que se avalia

- Período de Julho a Dezembro de 2015;

3. Tipo de dados

- Processo

4. Fonte de dados

- Registos Institucionais- Processo clínico obtido através do Sistema Informático Glintt®

5. Tipo de avaliação

- Interna: Inter-pares

6. Critérios de avaliação

○ Critérios Explícitos – Normativos

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
Na admissão de doentes no SO o enfermeiro deve: - Realizar a avaliação do risco de úlcera de pressão nas primeiras 6h após admissão. - Realizar a avaliação da condição da pele nas primeiras 6h após admissão. - Realizar a avaliação do risco de úlcera de pressão de 24 em 24 horas. - Realizar a Avaliação da condição da pele de 24 em 24 horas. - Realizar a avaliação do risco de úlcera de pressão sempre que se verifique alteração do estado geral do doente. - Realizar a score da avaliação do risco através da escala de Braden. - Realizar as intervenções de enfermagem após avaliação de alto risco.	- Doentes com idade inferior a 18 anos - Doentes em assistência ambulatoria ou em qualquer situação em que não está previsto tempo de internamento superior ou igual a 24 horas, a menos que exista alteração no estado clínico. - Portadores de doença mental - Portadores de patologia em que esteja implícito o risco de automutilação.	De acordo com a Orientação da Direção – Geral da Saúde de 19/05/2011 "Escala de Braden: versão adulto e Pediátrica (Braden Q)"

7. Colheita de Dados

- Enfermeiro coordenador do projeto –
(Instrumento de Auditoria de registos)

8. Relação temporal

- Retrospetiva

9. Seleção da amostra

- Institucional

INDICADORES

○ Epidemiológicos

- Percentagem de utentes com alto risco e com baixo risco de UP
- Taxa de incidência de UP

○ Processo

- 10% de todos os doentes internados em SO tenham implementação de intervenções de Enfermagem após a avaliação do doente como sendo de alto risco,

○ Resultados

- 10% de todos os doentes internados em SO tenham avaliação do risco de desenvolvimento de UP através da aplicação da Escala de *Braden* e da avaliação da pele, salvo exceções, nas primeiras 6 horas após admissão

10. Intervenção Prevista

○ Medidas Educacionais

- Formação em Serviço para divulgação do Projeto e envolvimento da Equipa de Enfermagem;
- Formação em Serviço sobre a avaliação do Risco através da utilização da Escala de *Braden* e Avaliação da pele;
- Discussão de estudos de caso;
- Elaboração de Dossier temático,

○ Mudanças estruturais

- Aquisição de um dispositivo de alívio de pressão (colchão de pressão alterna/gel/viscoelástica);
- Aquisição de cremes barreira/ protetores da pele (ácidos gordos hiperoxigenados, placas hidrocoloides extra finas, poliuretano espuma);
- Elaboração de folhetos para realização de ensinios à família e doente no momento da alta;

AUDITORIA INTERNA

Critérios	Sim	Não	Não aplicável
Está registado a avaliação do risco de úlcera de pressão nas primeiras 6h após admissão			
Está registado a condição da pele nas primeiras 6h após admissão			
Está registado a avaliação do risco de úlcera de pressão de 24 em 24 horas			
Está registado a condição da pele de 24 em 24 horas			
Está registado a avaliação do risco de úlcera de pressão sempre que se verifiquem alterações do estado geral do doente			
O registo de enfermagem menciona o score encontrado na escala de Braden			
O registo de enfermagem menciona diagnósticos e intervenções de enfermagem			

	Sim	Não	Não Aplicável
Diagnóstico de <u>alto</u> risco de UP			
Diagnóstico de <u>baixo</u> risco de UP			
Com Úlcera de Pressão à entrada			
Sem Úlcera de Pressão à entrada			
<u>Desenvolveu</u> Úlcera de Pressão durante o internamento			
Diagnóstico de <u>alto</u> risco passou a <u>baixo</u> risco			
Diagnóstico de <u>baixo</u> risco passou a <u>alto</u> risco			

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades	2015												2016											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Pesquisa de bibliografia atualizada sobre o tema																								
Elaboração do projeto																								
Apresentação do Projeto à Equipe de Enfermagem																								
Formação da equipe de enfermagem sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de UP e implementação de boas práticas na prevenção																								
Criação da folha de auditoria de avaliação interna do SU																								
Submeter a aprovação da folha de auditoria interna à Enfermeira chefe do SU																								
Monitorização e avaliação dos resultados obtidos, semestralmente																								
Divulgação dos resultados obtidos																								
Redefinição de estratégias de atuação perante os resultados obtidos																								

CONCLUSÃO

- Existe uma necessidade de planificar uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados de forma a reduzir os custos e assegurar melhores resultados em saúde nos doentes em risco de desenvolver UP.
- É necessária uma abordagem sistemática na prevenção, gestão e revisão dos acidentes.
- As UP requerem uma avaliação mais eficaz assim como uma gestão de medidas preventivas.
- É importante o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar na prevenção de UP.

**No Serviço de Urgência, a Prevenção de Úlceras de Pressão
será uma prioridade?**

Sim???

Não???

Obrigado pela vossa presença!



APÊNDICE XIII

Apresentação de Programa de Melhoria

“Prevenção e monitorização de Úlceras de Pressão no Serviço de Urgência”

Encontro de Enfermagem, Maio 2015

Prevenção e Monitorização de Úlceras de Pressão no Serviço de Urgência



PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA
QUALIDADE DOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM

Enfermeira Eunice Pires

Maio 2015

EPIDEMIOLOGIA

- A Úlcera de Pressão (UP) está associada a hospitalizações prolongadas, sépsis e mortalidade.
- Constituem um problema de saúde pública:
 - repercussões na qualidade de vida do doente,
 - da família
 - uma sobrecarga financeira para o agregado familiar e Sistemas de Saúde.

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010).

Prevenção das úlceras de pressão: prática baseada na evidência. Lisboa: GAIF

- São resultados negativos de cuidados e são responsáveis por causar dor e sofrimento aos doentes.

Gunningberg, L., Stotts, N.A & Idvall, E., (2011). Hospital-acquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: cross-sectional data as the foundation for future quality improvement. *International Wound Journal*. 8(5), pp.465-473

- O aparecimento de uma UP deve-se ao **incumprimento de boas práticas** nos cuidados prestados a doentes sujeitos a longos períodos de imobilidade.

Direção-Geral da Saúde (2007). *Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados - Úlceras de Pressão. Prevenção*. Lisboa: DGS

- Estudos americanos estimam que 60.000 doentes hospitalizados morrerão por ano devido a complicações por UP.

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2012.

- Na Holanda, são a 4ª doença mais dispendiosa em cuidados de saúde porque consomem muitos recursos no que diz respeito a materiais descartáveis, equipamento e tempo de Enfermagem.

Defloor, T. & Grypdonck, M.F.H. (2004). Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14, pp.373-382

- Em Portugal, os dados epidemiológicos mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UP é de cerca de **11,5%**.

Direção-Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Portugal: DGS

- 54.3% nas Especialidades Médicas
- **60.2%** no Serviço de Urgência:
 - limitação na perceção sensorial,
 - imobilização,
 - fricção e forças de deslizamento.

Ferreira, P.L., Minguéns, C., Gouveia J. & Furtado, K. (2007). *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação Nacional da Escala de Braden*. Loures: Lusociência

- Prevalência de **56%** de UP em idades entre **80-90 anos**;
- **83%** das zonas de pressão centram-se na região sacrococcígea e calcâneo.

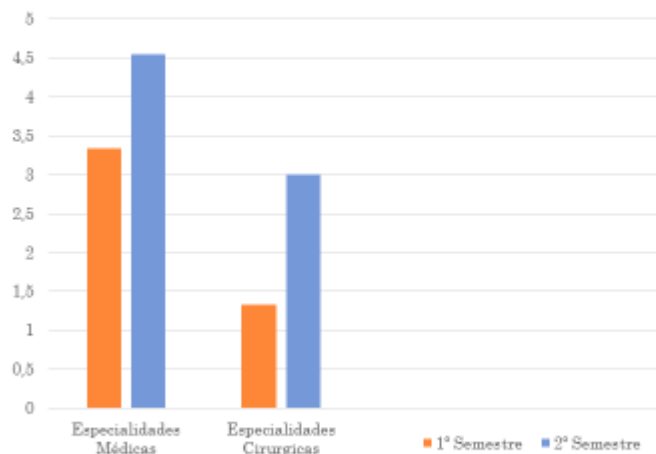
Moore, Z. & Cowman, B. (2012). Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland.

Journal Of Clinical Nursing .Vol. 21 (3-4), pp. 362-71

O risco de desenvolvimento de UP aumenta consideravelmente quando se combina a imobilidade, compromisso do sistema imunitário e perda de massa muscular.

Direção -Geral da Saúde (2007). *Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados . Úlceras de Pressão. Prevenção*. Lisboa: DGS

ÚLCERAS DE PRESSÃO ADQUIRIDAS NO HOSPITAL 2014



Dados retirados do Relatório Anual de Úlceras de Pressão de 2014, HDES-EPE

CONCEITOS

Úlcera de Pressão





- “uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma **proeminência óssea**, em resultado da **pressão** ou de uma combinação entre esta e forças de torção.”

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009, p.9

- “o principal factor causal é a aplicação localizada de **pressão** numa área de pele não adaptada à magnitude destas forças.”

Marion, M. J., (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. (J. C. Guscoia e K. Furtado, Trad.), Loures: Lusociência. (tradução do original do inglês The Prevention and Treatment of Pressure Ulcers, 2001, Harcourt : Mosby)



CLASSIFICAÇÃO DE UP

Categoria I Eritema não branqueável em pele intacta	Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefacção ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento. EPUAP e NPUAP (2009)	
Categoria II perda parcial da espessura da pele ou flictena	Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho-rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático. EPUAP e NPUAP (2009)	
Categoria III Perda total da espessura da pele (Tecido subcutâneo Visível)	Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (Fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. EPUAP e NPUAP (2009)	
Categoria IV Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)	Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou necrótico. Frequentemente são cavitários e fistulados. EPUAP e NPUAP (2009)	

PROJETO DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Prevenção e Monitorização de Úlceras de Pressão no Serviço de Urgência

NOVAS CATEGORIAS

Categoria não graduável/inclassificável Perda total da pele ou tecidos, profundidade indeterminada	Perda total da espessura dos tecidos na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença do tecido necrótico. EPUAP e NPUAP (2009)	
Suspeita de lesão profunda dos tecidos	Área vermelho escuro ou púrpura localizada em pele íntacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocada com danos no tecido mole subjacente pela pressão e ou forças de torção. EPUAP e NPUAP (2009)	

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO - GERAL DE SAÚDE

- “Avaliação do risco de desenvolvimento de UP, em **todos** os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, **nas primeiras seis horas após admissão**”,
- Utilização da Escala de Braden e do Instrumento de Avaliação da pele (validados para Portugal);

Direção-Geral de Saúde (2008). Circular Informativa nº 35/DSGQ/DSG - Avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden Portugal. DGS. Acesso a 1-06-2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directoria-da-dga/criancas-e-cuidados-informativos/avaliacao-de-risco-para-a-ulcera-de-pressao-n-35-despacho-de-17172200.aspx>

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

- “melhorar a gestão de riscos associados à prestação de cuidados de saúde”
- “deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear.”

Direção - Geral da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Despacho nº. 1400-A/2015 em Diário da República, 2.ª série-N.º28-10 de fevereiro de 2015. pp. 3682(2)-3683(10).

7º OBJETIVO ESTRATÉGICO- PREVENIR A OCORRÊNCIA DE UP

- “as instituições realizem, de forma **sistemática**, a avaliação do risco, a prevenção e o tratamento das úlceras de pressão, que realizem auditorias internas para assegurar a melhoria contínua destas práticas”

Metas para o final de 2020:

- 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar UP,
- Reduzir em 50% face a 2014 o número de UP adquiridas nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde.

AValiação de Risco

- No Serviço de Urgência, os doentes são hospitalizados por curtos períodos de tempo, o que torna o risco mais difícil de avaliar mas a incidência de eritema não branqueável é significativamente superior que as restantes.

Deffoor, T. & Grypdonck, M.F.H. (2004). Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14, pp.373-382

- 95% das UP são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco .

Frantz, R. A. (2004). Evidence-Based Protocol. Prevention of Pressure Ulcers. *Journal of Gerontological Nursing*, Vol. 30 (2), pp. 4-11

- Os resultados da avaliação de risco e das reavaliações devem ser **registados** e as intervenções devem ser **iniciadas** no mais curto espaço de tempo.

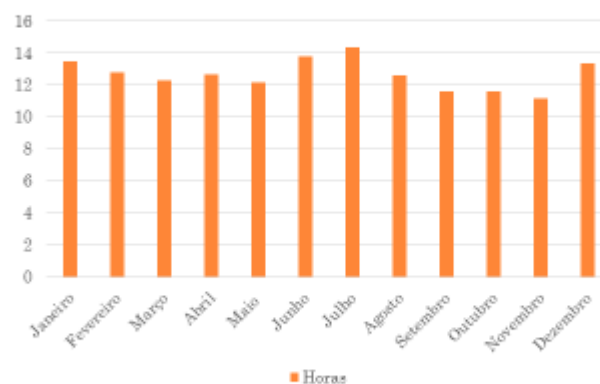
Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010). *Prevenção das úlceras de pressão: prática baseada na evidência*. Lisboa: GAIF

ESCALA DE *BRADEN*

- A sua aplicação em Portugal foi recomendada desde 2008 através da Circular Normativa Nº: 35/DSQC/DSC, uma vez que esta demonstra maior precisão, tendo sido testada e validada para a população portuguesa .
- Avalia 6 dimensões: (1) perceção sensorial, (2) humidade, (3) atividade, (4) mobilidade, (5) nutrição e (6) fricção e forças de deslizamento.
- A pontuação final pode variar de 6 (valor de mais alto risco) até 23 (valor de mais baixo risco).
- *Cutt -of* é de 16.

Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Informativa Nº: 35/DSQC/DSC - Avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden. Portugal: DGS

MÉDIA DE HORAS POR INTERNAMENTO EM SO



Dados fornecidos pelo Serviço de Estatística do HDES-EPE

DOENTES SUJEITOS A LONGOS PERÍODOS DE IMOBILIDADE NO SO

- Doentes com necessidade de ventilação mecânica,
- Doentes politraumatizados graves,
- Doentes com idades superiores a 65 anos,
- DPOC/Insuficiência Respiratória Global com necessidade de ventilação não invasiva,
- Doentes com alteração da perfusão/oxigenação periférica (sépsis).

PREVENÇÃO DE UP NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

FINALIDADE

- Promover boas práticas na Equipa de Enfermagem na Prevenção de Úlceras de Pressão na pessoa internada em SO, no Serviço de Urgência;

Objetivo Geral

- Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente/família em risco de desenvolvimento de UP, internado no Serviço de Urgência;

Objetivos Específicos

- Capacitar a equipa de enfermagem para a aplicação da Escala de Braden e prevenção das UP;
- Criar folha de auditoria interna aos registos de enfermagem relacionada com a avaliação do risco de desenvolvimento de UP

ENUNCIADO DESCRITIVO

- Prevenção de complicações

Checklist de Heather Palmer

1. Dimensão Estudada

- Adequação técnico-científica

2. Unidades de estudo

- **Utilizadores incluídos na avaliação**

Todos os doentes que se enquadram nos critérios propostos pela orientação da DGS do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de Maio, internados em SO;

Profissionais em avaliação

- Todos os enfermeiros em prestação de cuidados diretos no SO;

Período de tempo que se avalia

- Período de Julho a Dezembro de 2015;

3. Tipo de dados

- Processo

4. Fonte de dados

- Registos Institucionais- Processo clínico obtido através do Sistema Informático Glintt®

5. Tipo de avaliação

- Interna: Inter-pares

6. Critérios de avaliação

○ Critérios Explícitos – Normativos

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
Na admissão de doentes no SO o enfermeiro deve: - Realizar a avaliação do risco de úlcera de pressão nas primeiras 6h após admissão. - Realizar a avaliação da condição da pele nas primeiras 6h após admissão. - Realizar a avaliação do risco de úlcera de pressão de 24 em 24 horas. - Realizar a Avaliação da condição da pele de 24 em 24 horas. - Realizar a avaliação do risco de úlcera de pressão sempre que se verifique um alteração do estado geral do doente. - Realizar a score da avaliação do risco através da escala de Braden. - Realizar as intervenções de enfermagem após avaliação de alto risco.	 - Doentes com idade inferior a 18 anos - Doentes em assistência ambulatoria ou em qualquer situação em que não está previsto tempo de internamento superior ou igual a 24 horas, a menos que exista alteração no estado clínico - Portadores de doença mental - Portadores de patologia em que esteja implícito o risco de automutilação.	 De acordo com a Orientação da Direção – Geral da Saúde de 19/05/2011 "Escala de Braden: versão adulto e Pediátrica (Braden Q)"

7. Colheita de Dados

- Enfermeiro coordenador do projeto –
(Instrumento de Auditoria de registos)

8. Relação temporal

- Retrospectiva

9. Seleção da amostra

- Institucional

INDICADORES

○ Epidemiológicos

- Percentagem de utentes com alto risco e com baixo risco de UP
- Taxa de incidência de UP

○ Processo

- 10% de todos os doentes internados em SO tenham implementação de intervenções de Enfermagem após a avaliação do doente como sendo de alto risco,

○ Resultados

- 10% de todos os doentes internados em SO tenham avaliação do risco de desenvolvimento de UP através da aplicação da Escala de *Braden* e da avaliação da pele, salvo exceções, nas primeiras 6 horas após admissão

10. Intervenção Prevista

○ Medidas Educacionais

- Formação em Serviço para divulgação do Projeto e envolvimento da Equipa de Enfermagem;
- Formação em Serviço sobre a avaliação do Risco através da utilização da Escala de *Braden* e Avaliação da pele;
- Discussão de estudos de caso;
- Elaboração de Dossier temático,

○ Mudanças estruturais

- Aquisição de um dispositivo de alívio de pressão (colchão de pressão alterna/gel);
- Aquisição de cremes barreira/ protetores da pele (ácidos gordos hiperoxigenados, placas hidrocoloides extra finas, poliuretano espuma);
- Elaboração de folhetos para realização de ensinios à família e doente no momento da alta;

AUDITORIA INTERNA

Crítérios	Sim	Não	Não aplicável
Está registado a avaliação do risco de úlcera de pressão nas primeiras 6h após admissão			
Está registado a condição da pele nas primeiras 6h após admissão			
Está registado a avaliação do risco de úlcera de pressão de 24 em 24 horas			
Está registado a condição da pele de 24 em 24 horas			
Está registado a avaliação do risco de úlcera de pressão sempre que se verifiquem alterações do estado geral do doente			
O registo de enfermagem menciona o score encontrado na escala de Braden			
O registo de enfermagem menciona diagnósticos e intervenções de enfermagem			

	Sim	Não	Não Aplicável
Diagnóstico de <u>alto</u> risco de UP			
Diagnóstico de <u>baixo</u> risco de UP			
Com Úlcera de Pressão à entrada			
Sem Úlcera de Pressão à entrada			
<u>Desenvolveu</u> Úlcera de Pressão durante o internamento			
Diagnóstico de <u>alto</u> risco passou a <u>baixo</u> risco			
Diagnóstico de <u>baixo</u> risco passou a <u>alto</u> risco			

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades	2015												2016											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Pesquisa de bibliografia atualizada sobre o tema																								
Elaboração do projeto																								
Apresentação do Projeto à Equipe de Enfermagem																								
Formação da equipe de enfermagem sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de UP e implementação de boas práticas na prevenção																								
Criação de folha de auditoria de avaliação interna do SU																								
Submeter a aprovação da folha de auditoria interna à Enfermeira chefe do SU																								
Monitorização e avaliação dos resultados obtidos, semestralmente																								
Divulgação dos resultados obtidos																								
Redefinição de estratégias de atuação perante os resultados obtidos																								

CONCLUSÃO

- Existe uma necessidade de planificar uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados de forma a reduzir os custos e assegurar melhores resultados em saúde nos doentes em risco de desenvolver UP.
- É necessária uma abordagem sistemática na prevenção, gestão e revisão dos acidentes.
- As UP requerem uma avaliação mais eficaz assim como uma gestão de medidas preventivas.
- É importante o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar na prevenção de UP.

Obrigado pela
vossa presença!



APÊNDICE XIV

Programa de Melhoria Contínua da Qualidade:

Ordem dos Enfermeiros

Sessão de Apresentação do Programa e resultados

Prevenção e Monitorização de Úlceras de Pressão no Serviço de Urgência

Autora: Enf^a Eunice Pires

eunice.c.pires@azores.gov.pt

18 de Setembro de 2015

Epidemiologia

- A Úlcera de Pressão (UP) está associada a hospitalizações prolongadas, sépsis e mortalidade.
- Constituem um problema de saúde pública:
 - repercussões na qualidade de vida do doente,
 - da família
 - uma sobrecarga financeira para o agregado familiar e Sistemas de Saúde.

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (2010).

Prevenção das úlceras de pressão: prática baseada na evidência. Lisboa: GAIF

- São resultados negativos de cuidados e são responsáveis por causar dor e sofrimento aos doentes.

Gunningberg, L., Stotts, N.A. & Idvall, E. (2011). Hospital-acquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: cross-sectional data as the foundation for future quality improvement. *International Wound Journal*, 8(5), pp.465-473

- O aparecimento de uma UP deve-se ao **incumprimento de boas práticas** nos cuidados prestados a doentes sujeitos a longos períodos de imobilidade.

Direção-Geral da Saúde (2007). Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados .
Úlceras de Pressão: Prevenção. Lisboa: DGS

- Estudos americanos estimam que 60.000 doentes hospitalizados morrerão por ano devido a complicações por UP.

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2012.

- Na Holanda, são a 4ª doença mais dispendiosa em cuidados de saúde porque consomem muitos recursos no que diz respeito a materiais descartáveis, equipamento e tempo de Enfermagem.

Defloor, T. & Grypdonck, M.P.H. (2004). Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14, pp 575-582

- Em Portugal, os dados epidemiológicos mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UP é de cerca de **11,5%**.

Direção-Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Portugal: DGS

- 54.3% nas Especialidades Médicas
- **60.2%** no Serviço de Urgência:
 - ✓ limitação na perceção sensorial,
 - ✓ imobilização,
 - ✓ fricção e forças de deslizamento.

Ferreira, P.L., Minguéns, C., Gouveia J. & Furtado, K. (2007). Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação Nacional da Escala de Braden. Loures: Lusociência.

- 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar UP,
- Reduzir em 50% face a 2014 o número de UP adquiridas nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde.

Doentes sujeitos a longos períodos de Imobilidade no SO

- Doentes com necessidade de ventilação mecânica,
- Doentes politraumatizados graves,
- Doentes com idades superiores a 65 anos,
- DPOC/Insuficiência Respiratória Global com necessidade de ventilação não invasiva,
- Doentes com alteração da perfusão/oxigenação periférica (sépsis).



- Sem avaliação de risco de desenvolvimento de UP através de uma escala validada para Portugal;
- Défice nos registos de enfermagem sobre boas práticas na prevenção de UP;

Prevenção de UP no Serviço de Urgência

FINALIDADE

- Promover boas práticas na Equipa de Enfermagem na Prevenção de Úlceras de Pressão na pessoa internada em SO, no Serviço de Urgência;

Objetivo Geral

- Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente/família em risco de desenvolvimento de UP, internado no Serviço de Urgência;

Objetivos Específicos

- Capacitar a equipa de enfermagem para a aplicação da Escala de *Braden* e prevenção das UP;
- Criar folha de auditoria interna aos registos de enfermagem relacionada com a avaliação do risco de desenvolvimento de UP

Checklist de Heather Palmer

1. Dimensão Estudada

- Adequação técnico-científica

2. Unidades de estudo

- **Utilizadores incluídos na avaliação**

Todos os doentes que se enquadram nos critérios propostos pela orientação da DGS do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de Maio, internados em SO;

Profissionais em avaliação

- Todos os enfermeiros em prestação de cuidados diretos no SO;

3. Tipo de dados

Processo

4. Fonte de dados

Registos Institucionais- Processo clínico obtido através do Sistema Informático Glintt®

5. Tipo de avaliação

Interna: Inter-pares

Criada folha de auditoria baseada nos critérios normativos definidos pela DGS



Auditoria Interna

Crítérios	Sim	Não	Não aplicável
Está registado a avaliação do risco de úlcera de pressão nas primeiras 6h após admissão			
Está registado a condição da pele nas primeiras 6h após admissão			
Está registado a avaliação do risco de úlcera de pressão de 24 em 24 horas			
Está registado a condição da pele de 24 em 24 horas			
Está registado a avaliação do risco de úlcera de pressão sempre que se verifiquem alterações do estado geral do doente			
O registo de enfermagem menciona o score encontrado na escala de Braden			
O registo de enfermagem menciona diagnósticos e intervenções de enfermagem			



6. Critérios de avaliação

• Critérios Explícitos – Normativos

Crítérios	Exceções	Estabelecimentos
Na admissão do doente no SO o enfermeiro deve: - Realizar a avaliação do risco de úlcera de pressão nas primeiras 6h após admissão.	- Doentes com idade inferior a 18 anos	De acordo com a Orientação da Direção – Geral da Saúde de 19/05/2011 "Escala de Braden: versão adulto e Pediátrica (Braden Q)"
- Realizar a avaliação da condição da pele nas primeiras 6h após admissão	- Doentes em assistência ambulatorial ou em qualquer situação em que não está previsto tempo de internamento superior ou igual a 24 horas, a menos que exista alteração no estado clínico	
- Realizar a avaliação do risco de úlcera de pressão de 24 em 24 horas		
- Realizar a Avaliação da condição da pele de 24 em 24 horas	- Portadores de doença mental	
- Realizar a avaliação do risco de úlcera de pressão sempre que se verifiquem alterações do estado geral do doente	- Portadores de patologia em que esteja implícito o risco de automutilação.	
- Realizar a avaliação da avaliação do risco através da escala de Braden		
- Realizar os intervenções de enfermagem após avaliação de alto risco		

7. Colheita de Dados

- Enfermeiro coordenador do projeto – (Instrumento de Auditoria de registos),
- Na primeira quinzena de cada mês (do mês anterior)
- Seleção aleatória de 50% de processos clínicos e sua consulta fornecidos pelo Serviço de estatística do HDES

8. Relação temporal

- Retrospetiva

9. Seleção da amostra

- Institucional – **50%** do Total de doentes admitidos em SO/mês
- Aleatória

Indicadores

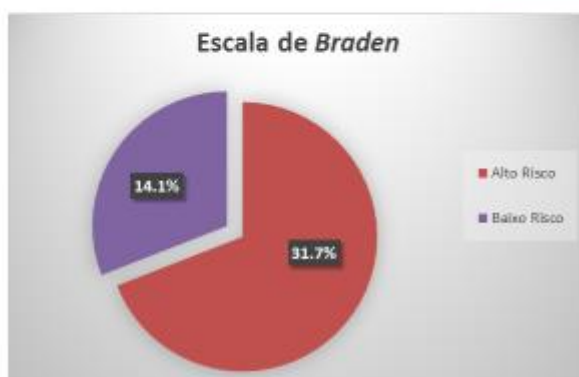
10% de todos os doentes internados em SO tenham avaliação do risco de desenvolvimento de UP através da aplicação da Escala de *Braden* e avaliação da pele, salvo exceções, nas primeiras 6 horas após admissão.

$$\text{Percentagem de doentes com registo de boas práticas} = \frac{\text{Nº de doentes com registo de boas práticas}}{\text{Total de processos que compõem a amostra}} \times 100$$

Resultados

Julho de 2015

Total da Amostra- 50%=120 processos clínicos

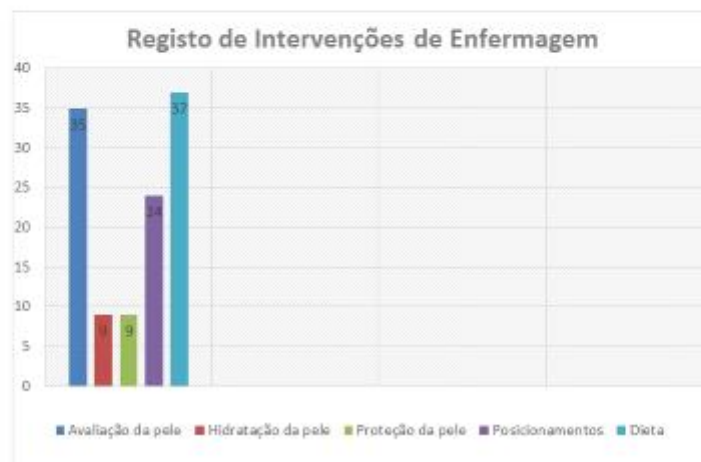


Percentagem de doentes com registo de boas práticas

45.8%

Média de idade dos doentes com Alto Risco de desenvolver Ulcera de Pressão admitidos no SO

67.5 anos



10. Intervenção Prevista

- **Medidas Educacionais**

- Formação em Serviço para divulgação do Projeto e envolvimento da Equipa de Enfermagem;
- Formação em Serviço sobre a avaliação do Risco através da utilização da Escala de *Braden* e Avaliação da pele;
- Discussão de estudos de caso;
- Elaboração de Dossier temático,

- **Mudanças estruturais**

- Aquisição de um dispositivo de alívio de pressão (colchão de pressão alterna/gel);
- Aquisição de cremes barreira/ protetores da pele (ácidos gordos hiperoxigenados, placas hidrocoloides extra finas, poliuretano espuma);
- Elaboração de folhetos para realização de ensinios à família e doente no momento da alta;

Conclusão

- Existe uma necessidade de planear uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, de forma a reduzir custos e assegurar melhores resultados em saúde nos doentes em risco de desenvolver UP.
- É necessária uma abordagem sistemática na prevenção, gestão e revisão dos acidentes.
- As UP requerem uma avaliação mais eficaz assim como uma gestão de medidas preventivas.
- É importante o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar na prevenção de UP.

Obrigado pela vossa
presença!

APÊNDICE XV

“Material de penso com ação terapêutica, 2015”

Comissão de Feridas do HDES

Material de Penso - Prevenção de Úlceras de Pressão

Quant. Stock	Penso	Indicações	Frequência Tratamento	Nome Comercial
2	Ácidos Gordos Hiperóxigenados	Proteção da pele contra agentes externos, Prevenção e tratamento de úlceras de pressão de Categoria I	Aplicam-se sobre a pele íntegra devendo efetuar-se uma massagem suave até à absorção total do produto, repetindo-se 2 a 3 vezes/dia	Corpitol® Spray
Z10 – 2 Z30 – 2	Cremes Barreira	Z10- Hidratação da Pele; Prevenção da maceração; Proteção contra agentes irritantes Z30- especialmente indicado para casos de incontinência extrema (diarreia)	 Não aplicar em situações de infeção da pele	Secura® Z10 e Z30
4	Espuma Calcâneos	Prevenção de Úlceras de Pressão	Manter o penso até ao limite da sua saturação (máximo 7 dias)	Allevyn® Heel
4	Hidrocoloides	Penso primário em feridas superficiais com tecido de granulação ou epiteliação, pouco exsudativas e não infetadas	Até ao máximo de 7 dias Aquecer com as mãos aumenta aderência	Algoplaque Film®
5X6cm-2 10X10cm-2	Películas	Proteção da pele contra a fricção, flitenas	 Pode permanecer até 7 dias	Allevyn Thin®
2	Polímeros Acrílicos	Formam uma camada semipermeável Dermatites por incontinência; irritação da pele; na pele peri-estomal, perilesional ou peri-entubação	Usar em pele íntegra, não é necessário retirar película entre aplicações	Secura Spray®